

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN
PADA GRANDEMULTIPARA
DI PUSKESMAS PENFUI
PERIODE 28-04-2018 S/D 02-07-2018

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan
Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan



DEWI YULIANI EDON

NIM : 152111114

PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2018

LAPORAN TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN
PADA GRANDEMULTIPARA
DI PUSKESMAS PENFUI
PERIODE 28-04-2018 S/D 02-07-2018

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan
Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan



DEWI YULIANI EDON

NIM : 152111114

PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2018

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Dewi Yuliani Edon

NIM : 152111114

Program Studi : D-III Kebidanan

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Grandemultipara di Puskesmas Penfui Periode 28-04-2018 Sampai Dengan 02-07-2018.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat, apabila dikemudian hari saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Kupang, 03-07-2018



Dewi Yuliani Edon
Nim : 152111114

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA GRANDEMULTIPARA DI PUSKESMAS PENFUI PERIODE 28-04-2018 S/D 02-07-2018**", telah di setujui dan diajukan dalam seminar Karya Tulis Ilmiah mahasiswa atas nama: Dewi Yuliani Edon, NIM: 152111114 Program Studi D-III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, Agustus 2018

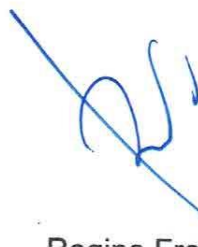
Menyetujui,

Pembimbing I

Pembimbing II



Ummu Zakiah, SST.,M.Keb



Regina Frans, SST

LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul "**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN PADA GRANDEMULTIPARA DI PUSKESMAS PENFUI PERIODE 28-04-2018 S/D 02-07-2018**", telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa atas nama: Dewi Yuliani Edon, NIM: 152111114 Program Studi D-III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, benar-benar telah diujikan dan dipertahankan di depan penguji ujian karya tulis ini pada tanggal, 11 Agustus 2018

Kupang, Agustus 2018

Panitia Penguji

Ketua : Appolonaris T. Berkanis, S.Kep,Ns.MH.Kes

Anggota : 1. Ummu Zakiah, SST.,M.Keb

2. Regina Frans, SST

Mengetahui,

Ketua
STIKes CHM-Kupang

drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua
Program Studi D-III Kebidanan
STIKes CHM-Kupang

Meri Flora Ernestin. SST,M.Kes

BIODATA PENULIS

Nama : Dewi Yuliani Edon

Tempat Tanggal Lahir : Oesao, 08 Oktober 1997

Agama : Kristen Protestan

Alamat : Oesao, RT/RW: 33/10

Riwayat Pendidikan :

1. SD GMIT 1 KUPANG TIMUR
2. SMP NEGERI 1 KUPANG TIMUR
3. SMA NEGERI 1 KUPANG TIMUR
4. Sedang menyelesaikan pendidikan
Program Studi DIII Kebidanan di STIKes
CHM-K

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

Lakukanlah sekarang !
Terkadang **“nanti”** bisa jadi
“tak pernah”

PERSEMBAHAN

Laporan Tugas Akhir ini kupersembahkan Untuk:

1. Tuhan Yesus, atas penyertaan dan kelancaran dalam melewati semua proses yang ada.
2. Opa junus anin(Almarhum) dan nenek Ana muloko, atas Doa dan semua dukungan serta motivasi yang diberikan kepada saya dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir.
3. Bapak dan mama atas semua doa dan dukungan yang diberikan kepada saya.
4. Adik-adik tersayang (Engky,melda,ritwan dan amel).

ABSTRAK

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Citra Husada Mandiri Kupang
Program Studi D III Kebidanan
Laporan Tugas Akhir
Agustus 2018

Dewi Yuliani Edon

**“Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Grandemultipara Di
Puskesmas Penfui Periode 28-04-2018 S/D 02-07-2018”**

V BAB + 11 Tabel + 8 Gambar + 12 Lampiran

Latar Belakang: Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta Keluarga Berencana (Purwoastuti, 2014). Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah Asuhan Kebidanan yang dilakukan mulai *Antenatal Care* (ANC), *Intranatal Care* (INC), *PostnatalCare* (PNC), dan Bayi Baru Lahir (BBL) secara berkelanjutan pada pasien. Ukuran yang dipakai untuk menilai baik-buruknya keadaan pelayanan kebidanan (*maternity care*) dalam suatu negara atau daerah pada umumnya ialah kematian maternal (*maternal mortality*). Menurut definisi *World Health Organization* “kematian maternal ialah kematian seorang wanita waktu hamil atau dalam waktu 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, terlepas dari tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan.

Tujuan: Melakukan Asuhan Kebidanan berkelanjutan dengan pendekatan manajemen kebidanan pada grandemultipara dengan persalinan Kala I lama di wilayah puskesmas penfui.

Metode: Menggunakan metode case study atau metode penelahan

Hasil: setelah dilakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada Ny.M.S dari kehamilan hingga menggunakan KB, penulis menemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik dan adanya penyulit pada masa persalinan.

Simpulan: Setelah dilakukan asuhan kebidanan secara berkelanjutan, keadaan pasien baik mulai dari kehamilan sampai KB.

Kata Kunci: Asuhan kebidanan berkelanjutan, kehamilan, grandemultipara, persalinan, nifas, BBL, dan KB.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-NYA sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul **“Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Grandemultipara di Puskesmas Penfui Periode 28-04-2018 Sampai Dengan 02-07-2018”** dapat di selesaikan tepat pada waktunya. Karya Tulis Ilmiah ini merupakan, salah satu syarat memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, dalam penulisan laporan tugas akhir ini, tentunya saya tidak berjalan sendiri tetapi dengan dukungan berbagai pihak. Atas terselesaikannya studi kasus ini, perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih secara khusus kepada ibu Ummu Zakiah Zakiah, S.ST,M.Keb dan Ibu Regina Frans S,ST selaku pembimbing I dan pembimbing II yang telah bersedia membimbing dan mendampingi saya dalam melaksanakan dan menyelesaikan studi kasus ini.

Ucapan terima kasih juga saya berikan kepada:

1. Apolonaris T. Berkanis, S.Kep.Ns.MH.Kes, selaku penguji yang telah memberikan waktu dan kesempatan kepada saya untuk menguji Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri Kupang, Bapak Ir. Abraham Paul Liyanto yang telah memperkenankan saya untuk menimba ilmu di STIKes Husada Mandiri Kupang.
3. Ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, drg. Jeffrey Jap, M.Kes., yang telah mengizinkan saya melaksanakan kegiatan Praktek Kerja Klinik dalam menerapkan Asuhan Kebidanan Komprehensif.
4. Ketua Program Studi D-III Kebidanan, Ibu Meri Flora Ernestin, SST.,M.Kes yang telah memfasilitasi saya dalam melaksanakan studi kasus guna menyelesaikan tugas akhir.
5. Para dosen Program Studi D-III Kebidanan yang telah banyak memberikan bimbingan kepada penulis dalam mengikuti pendidikan.
6. Kepala puskesmas penfui beserta staf yang telah memberikan ijin kepada saya untuk mengambil kasus di puskesmas penfui.
7. Ny. M.S dan keluarga atas kesediaan selaku responden atas pengambilan studi kasus.
8. Opa tercinta Junus Anin (Almarhum), nenek tercinta Yohana Muloko, Bapa tercinta Yohanis Edon, Mama tercinta Jeni jois Edon, dan adik-adik tersayang Engky, Melda, Ritwan dan Amel

dan keluarga semua yang telah memberikan dukungan, doa, motivasi dan moril kepada penulis dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.

9. Wali kelas ibu Merry Verawaty Seu, S.ST dan ibu Merry Maria Bait, S.ST,M.Kes atas motivasi dan perhatian kepada penulis dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
10. Teman-teman seperjuangan prodi studi D-III kebidanan angkatan VIII khususnya kelas C.
11. Sahabat-sahabat yang selalu memberikan dukungan dan motivasi dalam suka maupun duka, Incha Tupu, Liany Tedju, Amelia Moniz, Mariace Jenet Ranga Dja, Janita Dima, Maria Roberty Bria Seo, Faya Hakim.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ini jauh dari kesempurnaan, tetapi penulis berharap bahwa karya tulis ini bermanfaat bagi pembaca khususnya bagi mahasiswa kebidanan ataupun keprawatan

Kupang, 2018

Dewi Yuliani Edon

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR SINGKATAN.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Teori.....	7
2.1.1 Kehamilan.....	7
2.1.2 Persalinan.....	65
2.1.3 Nifas.....	125
2.1.4 Bayi Baru Lahir.....	200
2.1.5 Keluarga Berencana.....	225
2.2 Kerangka pikir	240
2.3 Konsep Asuhan Kebidanan.....	241
BAB III METODE STUDI KASUS	
3.1 Jenis Laporan Kasus.....	343
3.2 Lokasi dan Waktu.....	343
3.3 Subyek Laporan Studi Kasus.....	344
3.4 Teknik Pengumpulan Data.....	344
3.5 Instrument Pengumpulan Data.....	346
3.6 Etika Penelitian.....	346
BAB IV TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	
4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	349
4.2 Tinjauan Kasus.....	350
4.3 Pembahasan.....	410
BAB V PENUTUP	
5.1 Ringkasan.....	435
5.2 Simpulan.....	440
5.3 Saran.....	445
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Peningkatan berat badan selama kehamilan.....	23
Tabel 2.2 Rincian kenaikan berat badan.....	23
Tabel 2.3 Skor poedji rochjati.....	49
Tabel 2.4 TFU menurut penambahan tiga jari.....	54
Tabel 2.5 Rentang waktu pemberian imunisasi dan lama perlindungan.....	55
Tabel 2.6 Perubahan-perubahan normal pada uterus selama post partum.....	134
Tabel 2.7 Perbedaan masing-masing lochea.....	137
Tabel 2.8 Apgar score.....	217
Tabel 2.9 Asuhan masa nifas kunjungan I.....	321
Tabel 2.10 Asuhan masa nifas kunjungan II.....	325
Tabel 2.11 Asuhan masa nifas kunjungan III.....	328

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Posisi jongkok atau berdiri.....	76
Gambar 2.2 Posisi setengah duduk.....	77
Gambar 2.3 Posisi miring atau lateral.....	78
Gambar 2.4 Posisi duduk.....	79
Gambar 2.5 Leopold I.....	253
Gambar 2.6 Leopold II.....	254
Gambar 2.7 Leopold III.....	254
Gambar 2.8 Leopold IV.....	255

DAFTAR SINGKATAN

A0	: Tidak Pernah Abortus
AH4	: Anak Hidup 4
AH5	: Anak Hidup 5
AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
ASI	: Air Susu Ibu
ATP	: Actin-Myocin Adenosine Tripostat
ANC	: Antenatal Care
AKN	: Angka Kematian Neonatal
AKABA	: Angka Kematian Balita
BMR	: Basal Metabolik Rate
BBL	: Bayi Baru Lahir
CPD	: Cephalo Pelvic Disproportion
DJJ	: Denyut Jantung Janin
EMAS	: Expanding Maternal Neonatal Survival
G5	: Gravida 5 atau Hamil Ke 5
HDK	: Hipertensi Dalam Kehamilan
IUFD	: Intrauterin Fetal Dead
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
KH	: Kelahiran Hidup
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
K1	: Kunjungan 1 Kali pada Trimester I
K4	: Kunjungan 2 Kali pada Trimester III
KN	: Kunjungan Neonatus
KF	: Kunjungan Nifas
KB	: Keluarga Berencana
KRT	: Kehamilan Resiko Tinggi
KRR	: Kehamilan Resiko Rendah
KRST	: Kehamilan Resiko Sangat Tinggi
KEK	: Kurang Energi Kronis
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MOW	: Medis Operatif Wanita
MOP	: Medis Operatif Pria
P4	: Partus 4 atau Pernah Melahirkan 4 Kali
P5	: Partus 5 atau Pernah Melahirkan 5 Kali
P4K	: Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PBP	: Pintu Bawah Panggul
PUS	: Pasangan Usia Subur
PMS	: Penyakit Menular Seksual

SAR	:	Segmen Atas Rahim
SDM	:	Sel Darah Merah
TM	:	Trimester
TT	:	Tetanus Toksoid
TFU	:	Tinggi Fundus Uteri
UKW	:	Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	:	Upaya Kesehatan Perseorangan
UK	:	Usia Kehamilan
USG		Ultrasonography
WHO		World Health Organization

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	:	Surat Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 2	:	Surat Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 3	:	Asuhan Kebidanan Kehamilan
Lampiran 4	:	Asuhan Kebidanan Persalinan
Lampiran 5	:	Asuhan Kebidanan Nifas
Lampiran 6	:	Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir
Lampiran 7	:	Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana
Lampiran 8	:	Lembar Observasi Kala I Fase Laten
Lampiran 9	:	Partograf
Lampiran 10	:	Surat Ijin Pendampingan Pasien
Lampiran 11	:	Surat Ijin Pengambilan Data Pra Penelitian
Lampiran 12	:	Lembar Konsul KTI

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan kebidanan merupakan penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dalam bidang kesehatan ibu masa hamil, masa persalinan, masa nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak salah satunya adalah dengan melaksanakan asuhan secara berkelanjutan (Kepmenkes, 2014). Asuhan berkelanjutan adalah pelayanan yang dicapai ketika terjalin hubungan yang terus-menerus antara seorang wanita dan bidan. Asuhan yang berkelanjutan berkaitan dengan tenaga profesional kesehatan, pelayanan kebidanan dilakukan mulai prakonsepsi, awal kehamilan selama semua trimester, kelahiran dan melahirkan sampai 6 minggu pertama postpartum (Pratami, 2014).

Pelayanan berkelanjutan dapat dimulai pada masa kehamilan, Pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya empat kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal 1 (Satu) kali pada trimester pertama, (Satu) kali pada trimester kedua dan 2 (Dua) kali pada trimester ketiga. Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan

untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan. Capaian pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dinilai dengan menggunakan indikator cakupan K1 dan K4(Permenkes, 2014). Di Indonesia terdapat 5.320.550 ibu hamil dimana yang melakukan pemeriksaan kehamilan sampai dengan K4 sebanyak 4.606.215 orang (86,57%), Kunjungan K1 Ibu Hamil di Kota Kupang dalam lima tahun terakhir cukup baik, karena telah melewati target nasional sebesar 90% namun masih berada di bawah target Renstra Dinas Kesehatan Kota Kupang yakni 100%. Kunjungan K1 pada tahun 2017 sebesar 98,60% yang meningkat semakin baik dibandingkan tahun 2016 sebesar 97.70%. Kunjungan K4 ibu hamil di Kota Kupang dari tahun 2012 yang mencapai 85,80% menurun tahun 2014 mencapai 83% dan sedikit meningkat pada tahun 2017 menjadi 83,90% dan bila dibandingkan dengan target Renstra Dinkes Kota Kupang tahun 2016 yakni sebesar 95%, maka pelayanan K4 ibu hamil di Kota Kupang terlihat belum mencapai target. (Data Profil Dinkes Kota Kupang, 2017) Sementara itu data yang diperoleh dari data KIA Puskesmas Penfui bahwa jumlah ibu hamil tahun 2017 sebanyak 224 (193,1 %) dengan cakupan K1 118 (101,7 %) dan K4 (91,4%) (PWS KIA Puskesmas Penfui, 2017).

Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil dilakukan untuk mempersiapkan perempuan dalam menjalani kehamilan dan

persalinan yang sehat, Upaya kesehatan ibu bersalin juga dilaksanakan dalam rangka mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG), dokter umum, dan bidan, serta diupayakan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pencapaian upaya kesehatan ibu bersalin diukur melalui indikator persentase persalinan ditolong tenaga kesehatan terlatih (Permenkes, 2014) ibu bersalin sebanyak 5.078.636 orang (92,8%), tetapi hanya terdapat 4.222.506 orang (83,14%) ibu bersalin yang bersalin di fasilitas kesehatan dan ditolong oleh tenaga kesehatan (DepKes, 2017). Sedangkan data profil dinkes kota kupang 2017, Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 85,70%, yang kemudian meningkat menjadi 97% pada akhir tahun 2017. Sementara itu, data yang diperoleh dari data KIA Puskesmas jumlah persalinan pada tahun 2017 sebanyak 108 (98,2 %) dan semuanya ditolong oleh tenaga kesehatan (PWS KIA Puskesmas Penfui, 2017)

Setelah melahirkan seorang perempuan akan memasuki masa Nifas, dan masa nifas dimulai dari enam jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan. Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada enam jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan, pada hari ke empat sampai dengan hari ke-28 pasca persalinan, dan pada hari ke-29

sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan (Permenkes, 2014), Keberhasilan upaya kesehatan ibu nifas diukur melalui indikator cakupan pelayanan kesehatan ibu nifas (Cakupan KF). Jumlah ibu nifas sebanyak 5.078.636 orang (92,8%) (DepKes, 2017), dan jumlah kunjungan Ibu Nifas naik secara bertahap setiap tahunnya hingga tahun 2014 mencapai angka 84,2%, meningkat dari tahun sebelumnya sebesar 82% dan tahun 2017 meningkat menjadi 94,6% (Data Profil Dinkes Kota Kupang, 2017) dan pada data yang didapatkan dari Puskesmas Penfui mengenai KF pada tahun 2017 sebanyak 108 (100%) (PWS KIA Puskesmas Penfui, 2017)

Dalam masa sesuah melahirkan atau masa nifas terdapat juga pelayanan pada bayi baru lahir, bertujuan untuk mempersiapkan generasi yang akan datang yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian anak. Terkait hal tersebut, pada tahun 2008 ditetapkan perubahan kebijakan dalam pelaksanaan kunjungan neonatal, dari dua kali (satu kali pada minggu pertama dan satu kali pada 8-28 hari) menjadi tiga kali (dua kali pada minggu pertama dan satu kali pada 8–28 hari). Dengan demikian, jadwal kunjungan neonatal yang dilaksanakan saat ini yaitu pada umur 6-48 jam, umur 3-7 hari, dan umur 8-28 hari (Kemenkes RI, 2015). Kunjungan neonatus atau KN hanya 4.448.532 orang (91,96%), (DepKes, 2017), Pada tahun 2017, pelayanan KN3 kepada neonatus mengalami peningkatan mencapai 82,60% yang sedikit menurun jika

dibandingkan dengan capaian pada tahun 2016 sebesar 89,30%, hal ini menunjukkan bahwa kesadaran ibu nifas untuk memeriksakan kesehatan bayinya masih kurang (Dinkes Kota Kupang, 2015). Sedangkan, kunjungan neonatus di Puskesmas Penfui diketahui pada tahun 2017 KN sebanyak 108 (100%) (PWS KIA Puskesmas Penfui, 2017). Proporsi wanita umur 15-49 tahun berstatus menikah yang sedang menggunakan/memakai alat KB, sebagai peserta KB baru tahun 2017 sebanyak 3941 orang sedangkan peserta KB aktif sebanyak 24.789 orang. Pada tahun 2017 untuk peserta KB Baru yang memakai alat KB suntik sebanyak 2205 orang, Implan sebanyak 994 orang peserta dan IUD sebanyak 300 Orang. (Data Profil Dinkes Kota Kupang, 2017) Sedangkan di Puskesmas Penfui sendiri, jumlah akseptor KB aktif pada tahun 2017 sebanyak 387 (70,4%).

Di Indonesia, salah satu faktor yang mempengaruhi tingginya angka kematian ibu adalah grande multigravida, grande multigravida adalah wanita yang pernah hamil lebih dari 5 kali (Siswisudarmo, 2008). Menurut Manuaba (2008), grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih atau lebih. Dengan demikian Bayi yang dilahirkan dari ibu dengan grandemultipara juga digolongkan dengan resiko tinggi. Komplikasi yang terjadi pada kehamilan juga dapat terjadi pada saat persalinan pada ibu grandemultipara dengan sendirinya akan berpengaruh juga pada bayi yang akan dilahirkan.

Bidan sebagai salah satu tenaga kesehatan memiliki posisi penting dan strategis dalam penurunan AKI dan AKB, memberikan pelayanan yang berkesinambungan, berfokus pada aspek pencegahan melalui pendidikan kesehatan dan konseling, promosi kesehatan, pertolongan persalinan normal dengan berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan perempuan serta melakukan deteksi dini pada kasus-kasus rujukan (Dinkes, 2013).

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus yang berjudul “Asuhan Kebidanan Berkelanjutan pada Grandemultipara di Puskesmas Penfui Periode Tanggal 28 April 2018 sampai 02 Juli 2018”.

1.2 Perumusan Masalah

Rumusan masalahnya adalah bagaimana melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan pada grandemultipara dengan pendekatan manajemen kebidanan dan pendokumentasian secara SOAP di puskesmas Penfui periode 28-04-2018 S/D 02-07-2018.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Melaksanakan asuhan kebidanan berkelanjutan pada grandemultipara dengan pendekatan manajemen kebidanan dan pendokumentasian secara SOAP di puskesmas Penfui periode 28-04-2018 S/D 02-07-2018.

1.3.2 Tujuan khusus

Mahasiswa mampu:

- a. Melakukan pengkajian data dasar pada grandemultipara sejak kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan pelayanan KB di puskesmas Penfui periode 28-04-2018 S/D 02-07-2018.
- b. Melakukan interpretasi data dasar pada grandemultipara sejak kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan pelayanan KB di puskesmas Penfui periode 28-04-2018 S/D 02-07-2018.
- c. Mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial pada grandemultipara sejak kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan pelayanan KB di puskesmas Penfui periode 28-04-2018 S/D 02-07-2018.
- d. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera pada grandemultipara sejak kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan pelayanan KB di puskesmas Penfui periode 28-04-2018 S/D 02-07-2018.
- e. Menyusun perencanaan asuhan berkelanjutan pada grandemultipara sejak kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan pelayanan KB di puskesmas Penfui periode 28-04-2018 S/D 02-07-2018.
- f. Melaksanakan asuhan berkelanjutan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat pada grandemultipara sejak kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan pelayanan KB di puskesmas Penfui periode 28-04-2018 S/D 02-07-2018.
- g. Melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah diberikan pada grandemultipara sejak kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan pelayanan KB di puskesmas Penfui periode 28-04-2018 S/D 02-07-2018.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Secara Teoritis

- a. Sebagai salah satu panduan informasi dalam membuat konsep asuhan mulai dari ibu hamil, bersalin, memasuki masa nifas dan bayi baru lahir serta sampai ibu menggunakan KB.
- b. Sebagai literature di perpustakaan bagi mahasiswa kebidanan dan keperawatan.

1.4.2 Manfaat Secara Praktis

- a. Bagi Penulis
Dapat menambah pengetahuan tentang asuhan kebidanan pada ibu mulai dari ibu hamil, bersalin, memasuki masa nifas dan bayi baru lahir serta sampai ibu menggunakan KB.
- b. Bagi Puskesmas dan Profesi
Sebagai bahan masukan agar dapat meningkatkan mutu layanan kebidanan melalui pendekatan asuhan kebidanan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilitasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum serta dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga bayi lahir, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional (Walyani, 2015).

Kehamilan adalah suatu kondisi seorang wanita memiliki janin yang tengah tumbuh dalam tubuhnya. Umumnya janin tumbuh didalam rahim. Waktu hamil pada manusia sekitar 40 minggu atau 9 bulan (Romauli, 2011).

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan proses alamiah yang terjadi sebagai penyatuan antara sperma dan sel telur serta dilanjutkan dengan nidasi pada dinding endometrium.

2. Tanda – tanda kehamilan sesuai umur kehamilan

a. Tanda dan gejala kehamilan

Tanda-tanda kehamilan adalah sekumpulan tanda atau gejala yang timbul pada wanita hamil dan terjadi akibat adanya perubahan fisiologi dan psikologi pada masa kehamilan (Nugroho,dkk, 2014). Tanda-tanda kehamilan ada tiga yaitu:

- 1) Tanda presumtif / tanda tidak pasti adalah perubahan-perubahan yang dirasakan oleh ibu (subyektif) yang timbul selama kehamilan.

Yang termasuk tanda presumtif / tanda tidak pasti yaitu :

a) *Amenorrhoe* (tidak dapat haid)

Pada wanita sehat dengan haid yang teratur, amenorrhoe menandakan kemungkinan kehamilan. Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Penting diketahui tanggal hari pertama haid terakhir, supaya dapat ditentukan tuanya kehamilan dan tafsiran tanggal persalinan dengan memakai rumus dari *Naegele* (Nugroho,dkk, 2014).

b) *Nausea* (mual) dan *emesis* (muntah)

Mual terjadi umumnya pada bulan-bulan pertama kehamilan sampai akhir triwulan pertama disertai kadang-kadang oleh muntah. Sering terjadi pada pagi hari, tetapi tidak selalu. Keadaan ini lazim disebut *morning sickness*.

Dalam batas tertentu keadaan ini masih fisiologis, namun bila terlampau sering dapat mengakibatkan gangguan kesehatan dan disebut dengan hiperemesis gravidarum (Nugroho,dkk, 2014).

- c) Mengidam (menginginkan makanan atau minuman tertentu)

Sering terjadi pada bulan-bulan pertama dan menghilang dengan makin tuanya kehamilan (Nugroho,dkk, 2014).

- d) Mamae menjadi tegang dan membesar

Keadaan ini disebabkan oleh pengaruh estrogen dan progesterone yang merangsang duktus dan alveoli pada mamae, sehingga glandula Montglomery tampak lebih jelas (Nugroho,dkk, 2014).

- e) *Anoreksia* (tidak ada nafsu makan)

Terjadi pada bulan-bulan pertama, tetapi setelah itu nafsu makan akan timbul lagi (Nugroho,dkk, 2014).

- f) Sering kencing

Terjadi karena kandung kencing pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan gejala bisa timbul

kembali karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kencing (Nugroho,dkk, 2014).

g) *Obstipasi*

Terjadi karena tonus otot menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormone steroid (Nugroho,dkk, 2014).

h) *Pigmentasi kulit*

Terjadi pada kehamilan 12 minggu keatas. Pada pipi, hidung dan dahi, kadang-kadang tampak deposit pigmen yang berlebihan, dikenal sebagai kloasma gravidarum (topeng kehamilan). Areola mammae juga menjadi lebih hitam karena didapatkan deposit pigmen yang berlebihan. Daerah leher menjadi lebih hitam dan linea alba. Hal ini terjadi karena pengaruh hormon kortikostteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit (Nugroho,dkk, 2014).

i) *Epulis*

Suatu hipertrofi papilla gingivae. Sering terjadi pada triwulan pertama (Nugroho,dkk, 2014).

j) *Varises*

Sering dijumpai pada triwulan terakhir. Didapat pada daerah genetalia eksterna, fossa poplitea, kaki dan betis. Pada multigravida kadang-kadang varises ditemukan pada kehamilan yang terdahulu, kemudian timbul kembali

pada triwulan pertama. Kadang-kadang timbulnya varises merupakan gejala pertama kehamilan muda (Nugroho,dkk , 2014).

- 2) Tanda kemungkinan hamil adalah perubahan-perubahan yang diobservasi oleh pemeriksa (bersifat obyektif), namun berupa dugaan kehamilan saja. Makin banyak tanda-tanda mungkin kita dapati makin besar kemungkinan kehamilan.

Yang termasuk tanda kemungkinan hamil yaitu :

- a) Uterus membesar

Terjadi perubahan bentuk, besar dan konsistensi rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan makin lama makin bundar bentuknya (Nugroho,dkk, 2014).

- b) Tanda *Hegar*

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak, terutama daerah isthmus. Pada minggu-minggu pertama isthmus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertrofi isthmus pada triwulan pertama mengakibatkan isthmus menjadi panjang dan lebih lunak. Sehingga kalau kita letakkan 2 jari dalam fornix posterior dan tangan satunya pada dinding perut di atas simpisis, maka isthmus tidak teraba seolah-olah korpus uteri sama sekali terpisah dari uterus (Nugroho, dkk, 2014)

c) Tanda *Chadwick*

Adanya hiper vaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (livide). Warna porsioipun tampak livide, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone estrogen (Nugroho,dkk, 2014).

d) Tanda *Piscaseck*

Uterus mengalami pembesaran, kadang-kadang pembesaran tidak rata tetapi didaerah telur bernidasi lebih cepat tumbuhnya. Hal ini menyebabkan uterus membesar ke salah satu jurusan pembesaran tersebut (Nugroho,dkk, 2014).

e) Tanda *Braxton Hicks*

Bila uterus dirangsang akan mudah berkontraksi. Waktu palpasi atau pemeriksaan dalam uterus yang tadinya lunak akan menjadi keras karena berkontraksi. Tanda ini khas untuk uterus dalam masa kehamilan(Nugroho,dkk, 2014).

f) *Goodell Sign*

Di luar kehamilan konsistensi serviks keras, kerasnya seperti kita merasa ujung hidung, dalam kehamilan serviks menjadi lunak pada perabaan selunak bibir atau ujung bawah daun telinga (Nugroho, dkk, 2014).

g) Reaksi kehamilan positif

Cara khas yang dipakai dengan menentukan adanya human chorionic gonadotropin pada kehamilan muda adalah air kencing pertama pada pagi hari. Dengan tes ini dapat membantu menentukan diagnose kehamilan sedini mungkin (Nugroho, dkk, 2014).

3) Tanda pasti adalah tanda-tanda obyektif yang didapatkan oleh pemeriksa yang dapat digunakan untuk menegakkan diagnose pada kehamilan. Yang termasuk tanda pasti kehamilan yaitu :

a) Terasa gerakan janin

Gerakan janin pada primigravida dapat dirasakan oleh ibu pada kehamilan 18 minggu, sedangkan pada multigravida pada kehamilan 16 minggu, karena telah berpengalaman dari kehamilan terdahulu (Nugroho, dkk, 2014).

b) Teraba bagian-bagian janin

Bagian-bagian janin secara obyektif dapat diketahui oleh pemeriksaan dengan cara palpasi menurut Leopold pada akhir trimester kedua (Nugroho, dkk, 2014).

c) Denyut jantung janin

Denyut jantung janin secara obyektif dapat diketahui oleh pemeriksa dengan menggunakan :

- 1) *Fetal Elektrokardiograph* pada kehamilan 12 minggu
 - 2) Sistem dopler pada kehamilan 12 minggu
 - 3) Stetoskop Laenec pada kehamilan 18-20 minggu
 - d) Terlihat kerangka janin pada pemeriksaan sinar rontgen
- Dengan menggunakan *Ultrasonography* (USG) dapat terlihat gambaran janin berupa ukuran kantong janin, panjangnya janin, dan diameter biparetalis hingga dapat diperkirakan tuanya kehamilan (Nugroho,dkk, 2014).

3. Klasifikasi usia kehamilan

Kehamilan terbagi menjadi tiga trimester, dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 13 minggu-27 minggu, dan trimester ketiga 28 minggu hingga 40 minggu (Walyani, 2015).

Jika ditinjau dari lamanya kehamilan kita bisa menentukan periode kehamilan dengan membaginya dalam 3 bagian yaitu :

a. Kehamilan trimester I (antara 0-12 minggu)

Masa triwulan I disebut juga masa organogenesis dimana dimulainya perkembangan organ-organ janin. Apabila terjadi cacat pada bayi, maka saat itulah penentuannya. Jadi pada masa ini ibu sangat membutuhkan asupan nutrisi dan juga perlindungan dari trauma.pada masa ini terus mengalami perkembangan pesat untuk mempertahankan plasenta dan pertumbuhan janin.selain itu juga mengalami perubahan

adaptasi dalam psikologisnya yaitu ibu lebih sering ingin diperhatikan, emosi ibu menjadi lebih labil akibat pengaruh adaptasi tubuh terhadap kehamilan.

b. Kehamilan trimester II (antara 13-28 minggu)

Dimasa ini organ-organ dalam janin sudah terbentuk tapi viabilitasnya masih diragukan. Apabila janin lahir belum bisa bertahan hidup dengan baik. Pada masa ini ibu sudah merasa dapat beradaptasi dan nyaman dengan kehamilan.

c. Kehamilan trimester III (29-40 minggu)

Pada masa ini perkembangan kehamilan sangat pesat. Masa ini disebut masa pematangan. Tubuh telah siap untuk proses persalinan. Payudara sudah mengeluarkan kolostrum.

4. Perubahan fisiologi dan psikologi kehamilan trimester III

a. Perubahan fisiologi

1) Sistem Reproduksi

a) Vulva dan Vagina

Pada usia kehamilan trimester III dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatkan ketebalan mukosa, mengendorkan jaringan ikat dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina (Romauli, 2011).

b) Serviks Uteri

Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kalogen. Konsentrasinya enurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (*dispers*). Proses perbaikan serviks terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan berikutnya akan berulang (Romauli, 2011).

c) Uterus

Pada akhir kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus ke samping dan keatas, terus tumbuh sehingga menyentuh hati. Pada saat pertumbuhan uterus akan berotasi kekanan, deksrrotasi ini disebabkan oleh adanya rektosigmoid di daerah kiri pelvis (Romauli, 2011).

d) Ovarium

Pada trimester III korpus luteum sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk (Romauli, 2011).

2) Sistem Payudara

Pada trimester III pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat. Pada kehamilan 32

minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Dari kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum (Romauli, 2011).

3) Sistem Endokrin

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan magnesium, fosfat, hormon pada tiroid, vitamin D dan kalsium. Adanya gangguan pada salah satu faktor ini akan menyebabkan perubahan pada yang lainnya (Romauli, 2011).

4) Sistem Perkemihan

Pada kehamilan trimester III kepala janin sudah turun ke pintu atas panggul. Keluhan kencing sering timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali. Pada kehamilan tahap lanjut pelvis ginjal kanan dan ureter lebih berdilatasi dari pada pelvis kiri akibat pergeseran uterus yang berat ke kanan. Perubahan-perubahan ini membuat pelvis dan ureter mampu menampung urine dalam volume yang lebih besar dan juga memperlambat laju aliran urin (Romauli, 2011)

5) Sistem Pencernaan

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Selain itu perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas dan lateral (Romaui, 2011)

6) Sistem Muskuloskeletal

Sendi pelvik pada saat kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang (Romaui, 2011)

7) Sistem kardiovaskular

Selama kehamilan jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar antara 5000-12.000 dan mencapai puncaknya pada saat persalinan dan masa nifas berkisar 14.000-16.000. Penyebab peningkatan ini belum diketahui. Respon yang sama diketahui terjadi selama dan setelah melakukan latihan yang berat. Distribusi tipe sel juga akan mengalami

perubahan. Pada kehamilan, terutama trimester III, terjadi peningkatan jumlah granulosit dan limfosit dan secara bersamaan limfosit dan monosit (Romauli, 2011). Menurut Marmi (2014) perubahan sistem kardiovaskuler pada wanita hamil yaitu:

a) Tekanan Darah (TD)

- (1) Selama pertengahan masa hamil, tekanan sistolik dan diastolik menurun 5-10 mmHg, kemungkinan disebabkan vasodilatasi perifer akibat perubahan hormonal.
- (2) Edema pada ekstremitas bawah dan varises terjadi akibat obstruksi vena iliaka dan vena cava inferior oleh uterus. Hal ini juga menyebabkan tekanan vena meningkat.

b) Volume dan Komposisi Darah

- (1) Volume darah meningkat sekitar 1500 ml. Peningkatan terdiri atas: 1000 ml plasma + 450 ml sel darah merah. Terjadi sekitar minggu ke-10 sampai dengan minggu ke-12.
- (2) Vasodilatasi perifer mempertahankan TD tetap normal walaupun volume darah meningkat.
- (3) Produksi SDM (Sel Darah Merah) meningkat (normal 4 sampai dengan 5,5 juta/mm³). Walaupun begitu,

nilai normal Hb (12-16 gr/dL) dan nilai normal Ht (37%-47%) menurun secara menyolok, yang disebut dengan anemia fisiologis.

(4) Bila nilai Hb menurun sampai 10 gr/dL atau lebih, atau nilai Ht menurun sampai 35 persen atau lebih, bumiil dalam keadaan anemi.

c) Curah Jantung

Meningkat 30-50 persen pada minggu ke-32 gestasi, kemudian menurun sampai sekitar 20 persen pada minggu ke-40. Peningkatan terutama disebabkan oleh peningkatan volume sekuncup dan merupakan respons terhadap peningkatan kebutuhan O₂ jaringan.

8) Sistem Integumen

Pada wanita hamil *basal metabolik rate* (BMR) meninggi. BMR meningkat hingga 15-20 persen yang umumnya terjadi pada triwulan terakhir. Akan tetapi bila dibutuhkan dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan kalori dalam pekerjaan sehari-hari. BMR kembali setelah hari kelima atau pasca partum. Peningkatan BMR mencerminkan kebutuhan oksigen pada janin, plasenta, uterus serta peningkatan konsumsi oksigen akibat peningkatan kerja jantung ibu (Romaui, 2011)

9) Sistem Metabolisme

Sistem metabolisme adalah istilah untuk menunjukkan perubahan-perubahan kimiawi yang terjadi didalam tubuh untuk pelaksanaan berbagai fungsi vitalnya. Dengan terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi makan tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI .

Pada wanita hamil *basal metabolik rate* (BMR) meningkat. BMR meningkat hingga 15-20% yang umumnya terjadi pada trimester terakhir. Kalori yang dibutuhkan untuk itu diperoleh terutama dari pembakaran hidratang. Khususnya sesudah kehamilan 20 minggu keatas. Akan tetapi bila dibutuhkan dibutuhkan dipakailah lemak ibu untuk mendapatkan kalori dalam pekerjaan sehari-hari. BMR kembali setelah hari kelima atau keenam setelah pascapartum. Peningkatan BMR mencerminkan peningkatan kebutuhan oksigen pada janin, plasenta, uterus serta peningkatan konsumsi oksigen akibat peningkatan kerja jantung ibu (Romauli, 2011)

Perubahan metabolisme adalah metabolise basal naik sebesar 5-20 persen dari semula terutama pada trimester ke-3.

- a) Keseimbangan asam basal mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemoludasi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.
- b) Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan janin dan persiapan laktasi. Dalam makanan diperlukan protein tinggi /2gr/kg BB atau sebutir telur ayam sehari
- c) Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein
- d) Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil meliputi: 1,5 gr setiap hari, 30-40 gr untuk pembentukan tulang janin, fosfor rata-rata 2 gr dalam sehari, zat besi, 800 ml atau 30-50 ml/hari dan Sibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air (Indrayani, 2011).

10) Sistem berat badan dan indeks masa tubuh

Kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg. Kemungkinan penambahan BB hingga maksimal adalah 12,5 kg (Walyani, 2015). Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks masa tubuh yaitu dengan rumus berat badan dibagi tinggi badan pangkat 2.

Contohnya: wanita dengan berat badan sebelum hamil 51 kg dan tinggi badan 1,57 m. Maka IMT-nya adalah $51/(157)^2 = 20,7$. Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Jika terlambatan dalam penambahan berat badan ibu, ini dapat mengindikasikan adanya malnutrisi sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin intra uteri (Romauli, 2011).

Tabel 2.1 Peningkatan berat badan selama kehamilan (Proverawati, 2009)

IMT (Kg/m ²)	Total kenaikan BB yang disarankan	Selama trimester 2 dan 3
Kurus (IMT < 18,5)	12,7-18,1 kg	0,5 kg/mgg
Normal (IMT 18,5-22,9)	11,3-15,9 kg	0,4 kg/mgg
Overweight (IMT 23-29,9)	6,8-11,3 kg	0,3kg/mgg
Obesitas (IMT > 30)		0,2kg/mgg

Pada trimester II dan III janin akan tumbuh hingga 10 gram per hari. Pada minggu ke 16 bayi akan tumbuh sekitar 90 gram, minggu ke-20 sebanyak 256 gram, minggu ke 24 sekitar 690 gram, dan minggu ke 27 sebanyak 900 gram.

Tabel 2.2. Rincian Kenaikan Berat Badan

.Jaringan dan Cairan	BB (kg)
Janin	3-4
Plasenta	0,6
Cairan amnion	0,8
Peningkatan berat uterus	0,9
Peningkatan berat payudara	0,4
Peningkatan volume darah	1,5
Cairan ekstraseluler	1,4
	3,5
Total	12,5

11) Sistem Darah dan Pembekuan Darah

a) Sistem Darah

Darah adalah jaringan cair yang terdiri atas dua bagian. Bahan interseluler adalah cairan yang disebut plasma dan didalamnya terdapat unsur-unsur padat dan sel darah. volume darah secara keseluruhan kira-kira 5 liter. Sekitar 55 persennya adalah cairan sedangkan 45 persen sisanya terdiri atas sel darah.

b) Pembekuan Darah

Trombin adalah alat dalam mengubah fibrinogen menjadi benang fibrin. Trombin tidak ada dalam normal yang masih dalam pembuluh darah. tetapi yang ada adalah zat pendahulunya, protombin yang kemudian diubah menjadi zat aktif trombin oleh kerja trombokinase. Trombokinase atau tromboplastin adalah zat penggerak yang dilepaskan ke darah di tempat yang luka. Diduga terutama tromboplastin terbentuk karena terjadi kerusakan pada trombosit, yang selama ada garam kalsium dalam darah, akan mengubah protombin menjadi trombin sehingga terjadi pembekuan darah (Romauli, 2011)

12) Sistem Persyarafan

Perubahan fisiologi spesifik akibat kehamilan dapat menyebabkan timbulnya gejala neurologis dan neuromuskular. Gejala-gejala tersebut antara lain:

- a) Kompresi saraf panggul akibat pembesaran uterus memberikan tekanan pada pembuluh darah panggul yang dapat mengganggu sirkulasi dan saraf yang menuju ekstremitas bagian bawah sehingga menyebabkan kram tungkai.
- b) Lordosis dorsolumbal dapat menyebabkan nyeri akibat tarikan pada saraf atau kompresi akar syaraf.
- c) Edema yang melibatkan saraf perifer dapat menyebabkan carpal tunnel syndrom selama trimester akhir kehamilan. Edema menekan saraf median dibawah ligamentum karpalis pergelangan tangan. Sindrom ini ditandai parestesia (sensasi abnormal seperti rasa terbakar atau gatal akibat gangguan pada sistem saraf sensori) dan nyeri pada tangan yang menjalar ke siku.
- d) *Akroestesia* (gatal di tangan) yang timbul akibat posisi bahu yang membungkuk dirasakan oleh beberapa wanita selama hamil. Keadaan ini berkaitan dengan tarikan pada segmen pleksus brakialis. Hal ini dapat dihilangkan dengan menyokong bahu dengan bantal pada malam

hari dan menjaga postur tubuh yang baik selama siang hari.

e) Nyeri kepala akibat ketegangan umum timbul saat ibu merasa cemas dan tidak pasti tentang kehamilannya. Nyeri kepala dapat juga dihubungkan dengan gangguan penglihatan, sinusitis, atau migren.

f) Nyeri kepala ringan, rasa ingin pingsan, dan bahkan pingsan (sinkop) sering terjadi pada awal kehamilan. Ketidakstabilan vasomotor, hipotensi postural, atau hiperglikemia mungkin merupakan keadaan yang bertanggung jawab atas gejala ini.

g) *Hipokalsemia*

Dapat menimbulkan masalah neuromuskular seperti kram otot atau tetani. Adanya tekanan pada syaraf menyebabkan kaki menjadi oedema. Hal ini disebabkan karena penekanan pada vena di bagian yang paling rendah dari uterus akibat sumbatan parsial vena kava oleh uterus yang hamil (Romauli, 2011)

13) Sistem Pernapasan

Kebutuhan oksigen pada ibu hamil meningkat sebagai respon terhadap percepatan laju metabolik dan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan uterus dan payudara. Peningkatan kadar estrogen. Pada 32 minggu keatas karena

usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma sehingga diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan wanita hamil mengalami kesulitan untuk bernapas (Romauli, 2011)

b. Perubahan psikologi pada trimester III

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu/ penentian dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Trimester ketiga adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua. Pada periode ini ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya., menunggu tanda-tanda persalinan, perhatian ibu terfokus pada bayinya, gerakan janin, dan membesarnya uterus mengingatkannya pada bayinya. Sehingga ibu selalu waspada untuk melindungi bayinya dan bayinya, cedera, dan akan menghindari orang/hal/ benda yang dianggap membahayakan bayinya. Persiapan aktif dilakukan untuk menyambut kelahiran bayinya, mempersiapkan baju bayi, menata kamar bayi, membayangkan mengasuh/ merawat bayinya.menduga-duga akan jenis kelamin dan rupa bayinya.

Pada trimester ketiga juga biasanya ibu merasa khawatir, takut akan kehidupan dirinya dan bayinya, kelahiran pada bayinya, persalinan, nyeri persalinandan ibu tidak akan pernah tahu kapan ia akan melahirkan. Ketidaknyamanan pada

trimester ini meningkat, ibu merasa dirinya aneh dan jelek, menjadi lebih ketergantungan, malas dan mudah tersinggung serta merasa menyulitkan.

Reaksi para calon orang tua yang biasanya terjadi pada trimester III adalah:

1) Calon Ibu

- a) Kecemasan dan ketegangan semakin meningkat oleh karena perubahan postur tubuh atau terjadi gangguan *body image*.
- b) Merasa tidak feminim menyebabkan perasaan takut perhatian suami berpaling atau tidak menyenangkan kondisinya.
- c) 6-8 minggu menjelang persalinan perasaan takut semakin meningkat, merasa cemas terhadap kondisi bayi dan dirinya.
- d) Adanya perasaan tidak nyaman.
- e) Sukar tidur oleh karena kondisi fisik atau frustrasi terhadap persalinan
- f) Menyibukkan diri dalam persiapan menghadapi persalinan.

2) Calon Ayah

- a) Meningkatnya perhatian pada kehamilan istrinya
- b) Meningkatnya tanggung jawab finansial

- c) Perasaan takut kehilangan istri dan bayinya.
- d) Adaptasi terhadap pilihan senggama karena ingin membahagiakan istrinya (Indrayani, 2011).

5. Kebutuhan dasar ibu hamil trimester III

a. Nutrisi

Pada trimester III, ibu hamil butuh energi yang memadai sebagai cadangan energi kelak saat proses persalinan. Pertumbuhan otak janin terjadi cepat saat dua bulan terakhir menjelang persalinan. Menurut Walyani (2015) berikut adalah gizi yang sebaiknya lebih diperhatikan pada kehamilan trimester III yaitu :

1) Kalori

Kebutuhan kalori selama kehamilan adalah sekitar 70.000-80.000 kkal, dengan penambahan berat badan sekitar 12,5 kg. pertambahan kalori ini diperlukan terutama pada 20 minggu terakhir. Untuk itu kalori yang diperlukan setiap hari adalah 285-300kkal. Tambahan kalori diperlukan untuk pertumbuhan jaringan dan menambah volume darah serta cairan amnion (ketuban). Selain itu, kalori juga berguna sebagai cadangan ibu untuk keperluan persalinan dan menyusui.

2) Vitamin B6

Vitamin ini dibutuhkan untuk menjalankan lebih dari 100 reaksi kimia dalam tubuh yang melibatkan enzim. Selain membenatu metabolisme asam amino, karbohidrat, lemak dan pembentukan sel darah merah juga berperan dalam pembentukan neurotransmitter. Angka kecukupan ibu trimester III kurang lebih 2,2 mg sehari. Makanan hewani adalah sumber daya yang kaya akan vitamin ini.

3) Yodium

Yodium dibutuhkan sebagai pembentuk senyawa tiroksin yang berperan mengontrol metabolisme sel yang baru masuk. Jika tiroksin berkurang maka bayi akan tumbuh kerdil, sebaliknya jika berlebihan maka janin tumbuh akan berlebihan dan melampaui ukuran normal. Angka ideal untuk mengonsumsi yodium adalah 175 mcg/hari.

4) Tiamin (vitamin B1), riboflavin (B2) dan Niasin (B3)

Deretan vitamin ini akan membantu enzim untuk mengatur metabolisme sistem pernapasan dan energi. Ibu hamil dianjurkan mengonsumsi tiamin 1,2mg/hari, riboflavin sekitar 1,2 mg/hari dan niasin 11 mg/hari. Ketiga vitamin ini bisa ditemukan di keju, susu, kacang-kacangan, hati dan telur.

5) Air

Air sangat penting untuk pertumbuhan sel-sel baru, mengatur suhu tubuh, melarutkan dan mengatur proses metabolisme zat gizi serta mempertahankan volume darah yang meningkat selama kehamilan. Jika cukup mengonsumsi cairan kira-kira 8 gelas perhari maka akan terhindar dari resiko terkena infeksi saluran kemih dan sembelit.

b. Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil sehingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung (Walyani,2015). Untuk mencegah hal tersebut dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu:

- 1) Latihan nafas selama hamil
- 2) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi
- 3) Makan tidak terlalu banyak
- 4) Kurangi atau berhenti merokok
- 5) Konsul kedokter bila ada kelainan atau gangguan seperti asma, dll.

c. *Personal hygiene*

Kebersihan harus dijaga selama hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit, ketiak dengan cara membersihkan dengan air dan keringkan. Kebersihan gigi dan mulut perlu mendapat perhatian karena sering sekali mudah terjadi gigi berlubang, terutama dengan ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi(Romauli, 2011).

d. *Pakaian*

Meskipun pakaian bukan hal yang berakibat langsung terhadap kesejahteraan ibu dan janin, namun perlu kiranya jika tetap dipertimbangkan beberapa aspek dari kenyamanan ibu (Romauli, 2011). Menurut Pantikawati dan Saryono (2012) beberapa hal yang harus diperhatikan ibu hamil adalah memenuhi kriteria berikut ini :

- 1) Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat di daerah perut.
- 2) Bahan pakaian yang mudah menyerap keringat.
- 3) Pakailah bra yang menyokong payudara.
- 4) Memakai sepatu dengan hak yang rendah.
- 5) Pakaian dalam yang selalu bersih.

e. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah sering buang air kecil dan konstipasi. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos salah satunya otot usus. Selain itu desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi (Romauli, 2011).

Tindakan pencegahan yang dilakukan adalah dengan mengonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung kosong. Sering buang air kecil merupakan keluhan utama yang dirasakan terutama pada trimester 1 dan 3. Ini terjadi karena pembesaran uterus yang mendesak kandung kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan dehidrasi (Romauli, 2011)

f. Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan tubuh dan kelelahan (Romauli, 2011).

g. Body mekanik

Secara anatomi, ligament sendi putar dapat meningkatkan pelebaran uterus pada ruang abdomen, sehingga ibu akan merasakan nyeri. Hal ini merupakan salah satu ketidaknyamanan yang dialami ibu hamil. Menurut Romauli (2011) Sikap tubuh yang perlu diperhatikan adalah :

1) Duduk

Duduk adalah posisi yang paling sering dipilih, sehingga postur yang baik dan kenyamanan penting. Ibu harus diingatkan duduk bersandar dikursi dengan benar, pastikan bahwa tulang belakangnya tersangga dengan baik.

2) Berdiri

Untuk mempertahankan keseimbangan yang baik, kaki harus diregangkan dengan distribusi berat badan pada masing-masing kaki. Berdiri diam terlalu lama dapat menyebabkan kelelahan dan ketegangan. Oleh karena itu lebih baik berjalan tetapi tetap memperhatikan semua aspek dan postur tubuh harus tetap tegak.

3) Tidur

Sejalan dengan tuanya usia kehamilan, biasanya ibu merasa semakin sulit mengambil posisi yang nyaman, karena peningkatan ukuran tubuh dan berat badannya. Kebanyakan ibu menyukai posisi miring dengan sanggaan

dua bantal dibawah kepala dan satu dibawah lutut dan abdomen. Nyeri pada simpisis pubis dan sendi dapat dikurangi bila ibu menekuk lututnya ke atas dan menambahnya bersama-sama ketika berbalik ditempat tidur.

h. Imunisasi

Vaksin adalah substansi yang diberikan untuk melindungi dari zat asing (infeksi). Ada 4 macam vaksin : Toksoid dari vaksin yang mati, vaksin virus mati, virus hidup, Preparat globulin imun.

Toksoid adalah preparat dari racun bakteri yang diubah secara kimiawi atau endotoksin yang di buat oleh bakteri. Vaksin mati berisi mikroorganisme yang dibuat tidak aktif dengan panas atau bahan kimia. Vaksin virus hidup dibuat dari strain virus yang memberikan perlindungan tetap tidak cukup kuat untuk menimbulkan penyakit. Preparat imun globulin adalah protein yang terbuat dari darah manusia yang dapat menghasilkan perlindungan antibody pasif atau temporer. Vaksin ini untuk melawan penyakit hepatitis B, rabies, varicela. (Pantiakawati dan Saryono, 2012).

i. *Exercise*

Menurut Pantikawati & Saryono (2012) Secara umum, tujuan utama persiapan fisik dari senam hamil sebagai berikut :

- 1) Mencegah terjadinya deformitas (cacat) kaki dan memelihara fungsi hati untuk dapat menahan berat badan yang semakin naik, nyeri kaki, *varices*, bengkak dan lain – lain.
- 2) Melatih dan menguasai tehnik pernafasan yang berperan penting dalam kehamilan dan peroses persalinan .
- 3) Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot – otot dinding perut otot dasar panggul dan lain – lain.
- 4) Membantu sikap tubuh yang sempurna selama kehamilan.
- 5) Memperoleh relaksasi yang sempurna dengan latihan kontraksi dan *relaxsasi*.
- 6) Mendukung ketenangan fisik

j. *Traveling*

- 1) Umumnya perjalanan jauh pada 6 bulan pertama kehamilan dianggap cukup aman. Bila ibu ingin melakukan perjalanan jauh pada tiga bulan terakhir kehamilan, sebaiknya dirundingkan dengan dokter.
- 2) Wanita hamil cenderung mengalami pembekuan darah di kedua kaki karena lama tidak aktif bergerak.
- 3) Apabila bepergian dengan pesawat udara ada resiko terhadap janin antara lain : bising dan getaran, dehidrasi karena kelembaban udara yang rendah, turunnya oksigen karena perubahan tekanan udara, radiasi kosmik pada ketinggian 30.000 kaki.

k. Seksualitas

Selama kehamilan normal koitus boleh sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat tidak lagi berhubungan selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang, abortus, ketuban pecah sebelum waktunya. Pada saat orgasme, dapat dibuktikan adanya fetal bradichardia karena kontraksi uterus dan para peneliti menunjukkan bahwa wanita yang berhubungan seks dengan aktif menunjukkan insidensi fetal distress yang lebih tinggi (Romauli, 2011).

l. Istirahat dan tidur

Ibu hamil sebaiknya memiliki jam istirahat /tidur yang cukup. Kurang istirahat atau tidur, ibu hamil akan terlihat pucat, lesu kurang gairah. Usahakan tidur malam ± 8 jam dan tidur siang ± 1 jam. Ibu mengeluh susah tidur karena rongga dadanya terdesak perut yang membesar atau posisi tidurnya jadi tidak nyaman. Tidur yang cukup dapat membuat ibu menjadi rileks, bugar dan sehat (Nugroho,dkk, 2014).

6. Ketidaknyamanan selama hamil dan cara mengatasinya

Menurut Romauli (2011) ketidaknyamanan trimester III dan cara mengatasinya sebagai berikut :

a. Sering buang air kecil

- 1) Kurangi asupan karbohidrat murni dan makanan yang mengandung gula.
- 2) Batasi minum kopi, teh, dan soda.

b. *Hemoroid*

- (1) Makan makanan yang berserat, buah dan sayuran serta banyak minum air putih dan sari buah.
- (2) Lakukan senam hamil untuk mengatasi hemoroid.

c. Keputihan *leukorhea*

- (1) Tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari.
- (2) Memakai pakaian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap.
- (3) Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur.

d. Sembelit

- (1) Minum 3 liter cairan setiap hari terutama air putih atau sari buah.
- (2) Makan makanan yang kaya serat dan juga vitamin C.
- (3) Lakukan senam hamil.

e. Sesak napas disebabkan karena adanya tekanan janin dibawah diafragma sehingga menekan paru-paru ibu (Walyani,2015).

- 1) Merentangkan tangan diatas kepala serta menarik napas panjang.

2) Mendorong postur tubuh yang baik.

f. Nyeri ligamentum rotundum

1) Berikan penjelasan mengenai penyebab nyeri.

2) Tekuk lutut kearah abdomen.

3) Mandi air hangat.

4) Gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya letakkan diantara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring.

g. Perut kembung

(1) Hindari makan makanan yang mengandung gas.

(2) Mengunyah makanan secara teratur.

(3) Lakukan senam secara teratur

h. Pusing /sakit kepala

(1) Bangun secara perlahan dari posisi istirahat.

(2) Hindari berbaring dalam posisi terlentang.

i. Sakit punggung atas dan bawah

(1) Posisi atau sikap tubuh yang baik selama melakukan aktivitas.

(2) Hindari mengangkat barang yang berat.

(3) Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.

j. Varises pada kaki

(1) Istirahat dengan menekan kaki setinggi mungkin untuk membalikan efek gravitasi.

(2) Jaga agar kaki tidak bersilangan.

(3) Hindari berdiri atau duduk terlalu lama.

7. Tanda bahaya kehamilan Trimester III

Menurut Pantikawati dan Saryono (2012) ada 7 tanda bahaya kehamilan diantaranya:

a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan dinamakan perdarahan intrapartum sebelum kelahiran, pada kehamilan lanjut perdarahan yang tidak normal adalah merah banyak, dan kadang-kadang tapi tidak selalu disertai dengan rasa nyeri. Jenis perdarahan antepartum diantaranya plasenta previa dan absurpsio plasenta atau solusio plasenta (Hani,dkk, 2010).

b. Sakit kepala yang hebat dan menetap

Sakit kepala yang menunjukkan satu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat dan menetap serta tidak hilang apabila beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala tersebut diikuti pandangan kabur atau berbayang. Sakit kepala yang demikian adalah tanda dan gejala dari preeklamsia (Hani,dkk, 2010).

c. Penglihatan kabur

Wanita hamil mengeluh pandangan kabur. Karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah dalam

kehamilan. Perubahan ringan atau minor adalah normal. Perubahan penglihatan disertai dengan sakit kepala yang hebat diduga gejala preeclampsia. Deteksi dini dari pemeriksaan data yaitu periksa tekanan darah, protein urine, refleks dan oedema (Pantikawati dan Saryono, 2012).

d. Bengkak diwajah dan jari-jari tangan

Bengkak/oedema bisa menunjukkan masalah yang serius jika muncul pada wajah dan tangan, tidak hilang jika telah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini merupakan pertanda anemia, gagal jantung dan preeklamsia (Pantikawati dan Saryono, 2012).

e. Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester 3, ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung (Pantikawati dan Saryono, 2012).

f. Gerakan janin tidak terasa

Jika ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah kehamilan trimester 3. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam 3 jam. Gerakan janin akan terasa jika berbaring atau makan dan minum dengan baik (Pantikawati dan Saryono, 2012).

g. Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri abdomen yang menunjukkan masalah adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa berarti apendisitis, kehamilan ektopik, penyakit radang pelvis, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, iritasi uterus, absorpsi plasenta, infeksi saluran kemih, dan lain-lain (Hani,dkk, 2010).

8. Deteksi dini faktor resiko kehamilan trimester III

a. Kehamilan Risiko Tinggi

Risiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya suatu keadaan gawat-darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, atau ketidak puasan pada ibu atau bayi (Poedji Rochjati, 2003). Definisi yang erat hubungannya dengan risiko tinggi (*high risk*):

- 1) Wanita risiko tinggi (*High Risk Women*) adalah wanita yang dalam lingkaran hidupnya dapat terancam kesehatan dan jiwanya oleh karena sesuatu penyakit atau oleh kehamilan, persalinan dan nifas.
- 2) Ibu risiko tinggi (*High Risk Mother*) adalah faktor ibu yang dapat mempertinggi risiko kematian neonatal atau maternal.

- 3) Kehamilan risiko tinggi (*High Risk Pregnancies*) adalah keadaan yang dapat mempengaruhi optimalisasi ibu maupun janin pada kehamilan yang dihadapi.

Risiko tinggi atau komplikasi kebidanan pada kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Untuk menurunkan angka kematian ibu secara bermakna maka deteksi dini dan penanganan ibu hamil berisiko atau komplikasi kebidanan perlu lebih ditingkatkan baik fasilitas pelayanan KIA maupun di masyarakat.

b. Faktor-Faktor Risiko Ibu Hamil

Beberapa keadaan yang menambah risiko kehamilan, tetapi tidak secara langsung meningkatkan risiko kematian ibu. Keadaan tersebut dinamakan faktor risiko. Semakin banyak ditemukan faktor risiko pada ibu hamil, semakin tinggi risiko kehamilannya. Beberapa peneliti menetapkan kehamilan dengan risiko tinggi sebagai berikut :

- 1) Puji Rochyati: primipara mudaberusia < 16 tahun, primipara tua berusia > 35 tahun, primipara skunder dengan usia anak terkecil diatas 5 tahun, tinggi badan < 145 cm, riwayat kehamilan yang buruk (pernah keguguran, pernah persalinan premature, lahir mati, riwayat persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forseps, operasi sesar), pre-

eklamsi-eklamsia, gravid serotinus, kehamilan dengan perdarahan antepartum, kehamilan dengan kelainan letak, kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan.

- 2) Riwayat operasi (operasi plastik pada vagina-fistel atau tumor vagina, operasi persalinan atau operasi pada rahim).
- 3) Riwayat kehamilan (keguguran berulang, kematian intrauterin, sering mengalami perdarahan saat hamil, terjadi infeksi saat hamil, anak terkecil berusia lebih dari 5 tahun tanpa KB, riwayat molahidatidosa atau korio karsinoma).
- 4) Riwayat persalinan (persalinan prematur, persalinan dengan berat bayi rendah, persalinan lahir mati, persalinan dengan induksi, persalinan dengan plasenta manual, persalinan dengan perdarahan postpartum, persalinan dengan tindakan (ekstraksi vakum, ekstraksi forseps, letak sungsang, ekstraksi versi, operasi sesar).
- 5) Hasil pemeriksaan fisik

Hasil pemeriksaan fisik umum (tinggi badan kurang dari 145 cm, deformitas pada tulang panggul, kehamilan disertai: anemia, penyakit jantung, diabetes mellitus, paru-paru atau ginjal). Hasil pemeriksaan kehamilan (kehamilan trimester satu: hiperemesis gravidarum berat, perdarahan, infeksi intrauterin, nyeri abdomen, servik inkompeten, kista ovarium

atau mioma uteri, kehamilan trimester dua dan tiga: preeklamsia-eklamsia, perdarahan, kehamilan kembar, hidramnion, dismaturitas atau gangguan pertumbuhan, kehamilan dengan kelainan letak: sungsang, lintang, kepala belum masuk PAP minggu ke 36 pada primigravida, hamil dengan dugaan disproporsi sefalo-pelvik, kehamilan lewat waktu diatas 42 minggu).

6) Saat inpartu

Pada persalinan dengan risiko tinggi memerlukan perhatian serius, karena pertolongan akan menentukan tinggi rendahnya kematian ibu dan neonatus (perinatal):

- a) Keadaan risiko tinggi dari sudut ibu (ketuban pecah dini, infeksi intrauterin, persalinan lama melewati batas waktu perhitungan partograf WHO, persalinan terlantar, ruptur uteri iminens, ruptur uteri, persalinan dengan kelainan letak janin: (sungsang, kelainan posisi kepala, letak lintang), distosia karena tumor jalan lahir, distosia bahu bayi, bayi yang besar, perdarahan antepartum (plasenta previa, solusio plasenta, ruptur sinus marginalis, ruptur vasa previa).
- b) Keadaan risiko tinggi ditinjau dari sudut janin (pecah ketuban disertai perdarahan (pecahnya vasa previa), air ketuban warna hijau, atau prolapsus funikuli,

dismaturitas, makrosomia, infeksi intrauterin, distress janin, pembentukan kaput besar, retensio plasenta).

- c) Keadaan risiko tinggi postpartum (perslinan dengan retensio plasenta, atonia uteri postpartum, persalinan dengan robekan perineum yang luas, robekan serviks, vagina, dan ruptur uteri).

c. Skor Poedji Rochjati

Skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan (Rochyati, 2003).

Ukuran risiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot prakiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya. Jumlah skor memberikan pengertian tingkat risiko yang dihadapi oleh ibu hamil. Menurut Rochyati (2003) berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok:

- 1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
- 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 (Rochjati Poedji, 2003)

d. Tujuan sistem skor

- 1) Membuat pengelompokan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil.
- 2) Melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.

e. Fungsi Skor

- 1) Alat Komunikasi Informasi Dan Edukasi/KIE – Bagi Klien/Ibu Hamil, Suami, Keluarga Dan Masyarakat. Skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukan. Dengan demikian berkembang perilaku untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi ke Rumah Sakit untuk mendapatkan penanganan yang adekuat.
- 2) Alat peringatan-bagi petugas kesehatan. Agar lebih waspada. Lebih tinggi jumlah skor dibutuhkan lebih kritis penilaian/pertimbangan klinis pada ibu Risiko Tinggi dan lebih intensif penanganannya.

f. Cara Pemberian Skor

Tiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) dan faktor risiko diberi nilai 2,4 dan 8. Umur dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor 2 sebagai skor awal. Tiap faktor risiko skornya 4 kecuali bekas sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum dan pre-eklamsi berat/eklamsi diberi skor 8. Tiap faktor risiko dapat dilihat pada gambar yang ada pada Kartu Skor 'Poedji Rochjati' (KSPR), yang telah disusun dengan format sederhana agar mudah dicatat dan diisi (Rochyati, 2003).

Tabel 2.3 Skor Poedji Rochjati

KEL. F.R.	II NO .	III Masalah / Faktor Resiko	SK OR	IV Tribulan			
				I	II	III .1	III .2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil \leq 16 tahun	4				
	2	Terlalu tua, hamil \geq 35 tahun	4				
	3	Terlalu lambat hamil I, kawin \geq 4 tahun	4				
		Terlalu lama hamil lagi (\geq 10 tahun)	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi ($<$ 2 tahun)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur \geq 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek \leq 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan : Tarikan tang / vakum	4				
		Uri dirogoh	4				
		Diberi infuse / transfuse	4				
	10	Pernah Operasi Sesar	8				
II	11	Penyakit pada Ibu Hamil : Kurang darah b. Malaria	4				
		c. TBC paru	4				
		d. Payah jantung	4				
		e. Kencing manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit menular seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia berat / kejang – kejang	8				
		JUMLAH SKOR					

Poedji Rochdjati, 2003

Keterangan :

- 1) Ibu hamil dengan skor 6 atau lebih dianjurkan untuk bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan.
- 2) Bila skor 12 atau lebih dianjurkan bersalin di RS/DSO

g. Pencegahan Kehamilan Risiko Tinggi

- 1) Penyuluhan komunikasi, informasi, edukasi/KIE untuk kehamilan dan persalinan aman.
 - a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR), tempat persalinan dapat dilakukan di rumah maupun di polindes, tetapi penolong persalinan harus bidan, dukun membantu perawatan nifas bagi ibu dan bayinya.
 - b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT), ibu PKK mengikuti penyuluhan agar pertolongan persalinan oleh bidan atau dokter puskesmas, di polindes atau puskesmas (PKM), atau langsung dirujuk ke Rumah Sakit, misalnya pada letak lintang dan ibu hamil pertama (primi) dengan tinggi badan rendah.
 - c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST), diberi penyuluhan dirujuk untuk melahirkan di Rumah Sakit dengan alat lengkap dan dibawah pengawasan dokter spesialis (Rochjati Poedji, 2003).
- 2) Pengawasan antenatal, memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dalam pertolongan persalinannya.
 - a) Mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan kala nifas.

- b) Mengenal dan menangani penyakit yang menyertai hamil, persalinan, dan kala nifas.
- c) Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.
- d) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal. (Manuaba, 2010)

3) Pendidikan kesehatan

- a) Diet dan pengawasan berat badan, kekurangan atau kelebihan nutrisi dapat menyebabkan kelainan yang tidak diinginkan pada wanita hamil. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan (anemia, partus prematur, abortus, dll), sedangkan kelebihan nutrisi dapat menyebabkan (pre-eklamsia, bayi terlalu besar, dll) (Sarwono, 2007).
- b) Hubungan seksual, hamil bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual (Manuaba, 2010). Pada umumnya hubungan seksual diperbolehkan pada masa kehamilan jika dilakukan dengan hati-hati (Sarwono, 2007).
- c) Kebersihan dan pakaian, kebersihan harus selalu dijaga pada masa hamil. Pakaian harus longgar, bersih, dan mudah dipakai, memakai sepatu dengan tumit yang tidak terlalu tinggi, memakai kutang yang menyokong

payudara, pakaian dalam yang selalu bersih (Sarwono, 2007).

- d) Perawatan gigi, pada triwulan pertama wanita hamil mengalami enek dan muntah (*morning sickness*). Keadaan ini menyebabkan perawatan gigi yang tidak diperhatikan dengan baik, sehingga timbul karies gigi, *gingivitis*, dan sebagainya (Sarwono, 2007).
 - e) Perawatan payudara, bertujuan memelihara *hygiene* payudara, melenturkan/menguatkan puting susu, dan mengeluarkan puting susu yang datar atau masuk ke dalam (Manuaba, 2010).
 - f) Imunisasi TT, untuk melindungi janin yang akan dilahirkan terhadap tetanus neonatorum (Sarwono, 2007).
 - g) Wanita pekerja, wanita hamil boleh bekerja tetapi jangan terlampau berat. Lakukanlah istirahat sebanyak mungkin.
- Menurut undang-
- h) undang perburuhan, wanita hamil berhak mendapat cuti hamil satu setengah bulan sebelum bersalin atau satu setengah bulan setelah bersalin (Sarwono, 2007).
 - i) Merokok, minum alkohol dan kecanduan narkotik, ketiga kebiasaan ini secara langsung dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dan menimbulkan

kelahirkan dengan berat badan lebih rendah, atau mudah mengalami abortus dan partus prematurus, dapat menimbulkan cacat bawaan atau kelainan pertumbuhan dan perkembangan mental (Manuaba, 2010). Obat-obatan, pengobatan penyakit saat hamil harus memperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin (Manuaba, 2010).

9. Konsep antenatal care standar pelayanan antenatal (10T)

a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan (T1)

Penimbangan berat badan setiap kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulanya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*) (Kemenkes RI, 2015).

b. Ukur tekanan darah (T2)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg). Pada kehamilan dan

preeclampsia (hipertensi disertai edem wajah dan atau tungkai bawah dan atau protein uria) (Kemenkes RI, 2015).

c. Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas/LILA) (T3)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK). Ibu hamil yang mengalami KEK di mana ukuran LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Ibu hamil yang mengalami obesitas di mana ukuran LILA > 28 cm (Kemenkes RI, 2015).

d. Ukur tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan setiap kali kunjungan antenatal untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin (Kemenkes RI, 2015).

Tabel 2.4 TFU Menurut Penambahan Tiga Jari

Tinggi (cm)	Fundus uteri (TFU)
16	Pertengahan pusat – simfisis
20	Dibawah pinggir pusat
24	Pinggir pusat atas
28	3 jari atas pusat
32	½ pusat – <i>proc. Xiphoides</i>
36	1 jari dibawah <i>proc. Xiphoides</i>
40	3 jari dibawah <i>proc. Xiphoides</i>

Sumber : Nugroho,dkk, 2014.

e. Pemantauan imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus tokosiod sesuai status imunisasi (T5).

Tabel 2.5 Rentang Waktu Pemberian Imunisasi dan Lama Perlindungannya

Imunisasi TT	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	>25 tahun

Sumber : Kemenkes RI, 2015.

f. Tentukan presentase janin dan denyut jantung janin (TT5)

Menentukan presentase janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 x/menit atau cepat > 160 x/menit menunjukkan adanya gawat janin (Kemenkes RI, 2015)

g. Beri tablet tambah darah (T7)

Tablet tambah darah dapat mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama. Tiap tablet mengandung 60 mg zat besi dan 0,25 mg asam folat (Kemenkes RI, 2015).

h. Periksa laboratorium (T8)

- 1) Tes golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan
- 2) Tes haemoglobin. Dilakukan minimal sekali pada trimester 1 dan sekali pada trimester 3. Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui apakah ibu menderita anemia. Pemeriksaan Hb pada trimester 2 dilakukan atas indikasi.
- 3) Tes pemeriksaan urin (air kencing). Dilakukan pada ibu hamil trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui ada protein urin dalam air kencing ibu. ini merupakan salah satu indikator terjadinya preeklampsia pada ibu hamil.
- 4) Pemeriksaan kadar gula darah dilakukan pada ibu hamil dengan indikasi diabetes melitus. Pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan sekali setiap trimester.
- 5) Tes pemeriksaan darah lainnya, sesuai indikasi seperti malaria, HIV, sifilis, dan lain-lain (Kemenkes RI, 2015).

i. Tatalaksana atau penanganan kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan (Kemenkes RI, 2015).

j. Temu wicara atau konseling (T10)

Temu wicara atau konseling dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi : kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat, peran suami dan keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, dan imunisasi (Kemenkes RI, 2015).

10. Program puskesmas P4K (Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi)

P4K merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan khususnya, dalam rangka peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir.

Fokus dari P4K adalah pemasangan stiker pada setiap rumah yang ada ibu hamil. Diharapkan dengan adanya stiker di depan rumah, semua warga masyarakat mengetahui dan juga

diharapkan dapat memberi bantuannya. Di lain pihak masyarakat diharapkan dapat mengembangkan norma-norma sosial termasuk kepeduliannya untuk menyelamatkan ibu hamil dan ibu bersalin. Dianjurkan kepada ibu hamil untuk melahirkan ke fasilitas kesehatan termasuk bidan desa. Bidan diharuskan melaksanakan pelayanan kebidanan antara lain pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, asuhan masa nifas dan perawatan bayi baru lahir sehingga kelak dapat mencapai dan mewujudkan Visi Departemen Kesehatan, yaitu "Masyarakat Mandiri untuk Hidup Sehat".

Peran dan fungsi bidan pada ibu hamil dalam P4K, menurut Depkes (2009), yaitu:

- a. Melakukan pemeriksaan ibu hamil (ANC) sesuai standar (minimal 4 kali selama hamil) mulai dari pemeriksaan keadaan umum, Menentukan taksiran partus (sudah dituliskan pada stiker), keadaan janin dalam kandungan, pemeriksaan laboratorium yang diperlukan, pemberian imunisasi TT (dengan melihat status imunisasinya), pemberian tablet Fe, pemberian pengobatan/ tindakan apabila ada komplikasi.
- b. Melakukan penyuluhan dan konseling pada ibu hamil dan keluarga mengenai: tanda-tanda persalinan, tanda bahaya persalinan dan kehamilan, kebersihan pribadi dan lingkungan, kesehatan & gizi, perencanaan persalinan (bersalin di bidan,

menyiapkan transportasi, menyiapkan biaya, menyiapkan calon donor darah), perlunya Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI Eksklusif, KB pasca persalinan.

- c. Melakukan kunjungan rumah untuk penyuluhan /konseling padakeluarga tentang perencanaan persalinan, memberikan pelayanan ANC bagi ibu hamil yang tidak datang ke bidan, motivasi persalinan di bidan pada waktu menjelang taksiran partus, dan membangun komunikasi persuasif dan setara, dengan forum peduli KIA dan dukun untuk peningkatan partisipasi aktif unsur-unsur masyarakat dalam peningkatan kesehatan ibu dan anak.
- d. Melakukan rujukan apabila diperlukan. Memberikan penyuluhan tanda, bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas. Melibatkan peran serta kader dan tokoh masyarakat, serta melakukan pencatatan pada : kartu ibu, Kohort ibu, Buku KIA.

11. Kebijakan kunjungan antenatal care

Jadwal pemeriksaan antenatal adalah sebagai berikut (Walyani, 2015) :

- a. Pemeriksaan pertama. Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui ibu terlambat haid.
- b. Pemeriksaan ulangan. Adapun jadwal pemeriksaan ulang (Walyani, 2015) sebagai berikut :
 - 1) Setiap bulan sampai umur kehamilan 6 sampai 7 bulan

- 2) Setiap 2 minggu sampai usia kehamilan berumur 8 bulan
- 3) Setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan.

Frekuensi pelayanan menurut WHO dan Kemenkes (2013) ditetapkan 4 kali kunjungan ibu hamil dalam pelayanan antenatal, dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Minimal 1 kali pada trimester pertama ($0 - < 14$ minggu) disebut K1
- b. Minimal 1 kali pada trimester kedua ($0 - < 28$ minggu)
- c. Minimal 2 kali pada trimester ketiga ($0 - \geq 36$ minggu) disebut K4

11. Konsep Dasar Grande Multigravida

a. Pengertian

Grande Multigravida adalah wanita yang pernah hamil lebih dari 5 kali. (siswisudarmo,2008). Menurut manuaba (2008) Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih. Di Indonesia, faktor yang mempengaruhi tingginya angka kematian ibu antara lain adalah *grande multigravida*. Risiko kematian ibu hamil dari golongan ini adalah delapan kali lebih tinggi dibandingkan ibu yang hamil kurang dari lima kali. Hal ini disebabkan banyaknya komplikasi yang dapat dijumpai pada *grande multigravida*, baik pada kehamilan, persalinan maupun setelah melahirkan (masa *nifas*) sehingga ibu

dengan riwayat persalinan lebih dari lima kali atau telah memiliki lebih dari lima orang anak digolongkan dalam kehamilan risiko tinggi, mengingat tingginya angka kematian ibu hamil.

Bayi yang dilahirkan dari ibu dengan *Grande Multigravida* juga digolongkan dengan risiko tinggi. Komplikasi yang dapat terjadi pada kehamilan juga pada persalinan pada ibu *Grande Multigravida* dengan sendirinya juga berpengaruh pada bayi yang akan dilahirkan. Komplikasi yang dapat timbul seperti kelainan letak, karena dinding rahim atau perut ibu yang telah longgar, kelainan letak plasenta (*plasenta previa*) karena dinding rahim tempat perlekatan plasenta yang normal (di daerah fundus dan *corpus* rahim) sudah pernah dilekati plasenta pada kehamilan sebelumnya sehingga pada kehamilan yang lebih dari lima kali, plasenta melekat di bagian bawah rahim. Komplikasi-komplikasi lain yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir melalui jalan lahir normal (*pervaginam*) dapat menyebabkan bayi harus dilahirkan berisiko tinggi sehingga jalan yang harus ditempuh untuk dapat melahirkan bayi tersebut adalah melalui pembukaan dinding perut (seksio sesarea). Hal ini untuk menghindari bahaya yang dapat terjadi jika tidak dilahirkan secara seksio sesarea, misalnya gawat janin yang dapat berakhir dengan kematian.

Keluarga dengan enam anak atau lebih tentulah akan mendapat kesulitan dalam hal kehidupan sosial ekonomi, pendidikan anak-anak, kesehatan dan lain sebagainya. Setiap penambahan anggota keluarga tentulah konsekuensinya menambah permintaan kebutuhan hidup, dengan sendirinya akan berpengaruh pada tingkat pendidikan dan kesehatan dari anak, sehingga anak akan rentan terhadap penyakit akibat gizi yang buruk, akan banyak terdapat anak terlantar akibat pendidikan yang buruk.

Ibu yang telah melahirkan lebih dari lima kali anak yang dapat hidup sebaiknya mengikuti program keluarga berencana (KB) untuk menghindari komplikasi yang mungkin akan timbul akibat kehamilannya baik bagi ibu, maupun anak yang dilahirkannya. Untuk lebih memperjelas promosi kesehatan ibu, khususnya mengenai *Grande Multigravida* berikut ini akan diuraikan beberapa pertanyaan dan jawaban yang perlu diketahui oleh para ibu sehingga angka kejadian *Grande Multigravida* dapat berkurang.

b. Dampak yang ditimbulkan dari *Grande Multigravida*

- 1) Kelainan letak janin, disebabkan oleh karena dinding rahim dan atau dinding perut yang telah longgar akibat dari persalinan yang terdahulu.
- 2) Anemia dalam kehamilan.

- 3) Kelainan endokrin, misalnya kencing manis (diabetes mellitus).
- 4) Gangguan kardiovaskuler, misalnya kelainan jantung, tekanan darah tinggi (*hipertensi*).
- 5) Kelainan letak plasenta (*plasenta previa*) karena dinding rahim tempat perlekatan plasenta yang normal (di daerah fundus dan *corpus* rahim) sudah pernah dilekati plasenta pada kehamilan sebelumnya sehingga pada kehamilan yang lebih dari lima kali, plasenta melekat di bagian bawah rahim.
- 6) *Solutio plasenta*, adalah suatu keadaan dalam kehamilan dimana plasenta yang tempat perlekatannya yang normal (pada fundus dan *corpus* uteri) terlepas sebelum waktunya (pada kala III).
- 7) Robekan pada rahim (*ruptura uteri*), penyebabnya adalah dinding rahim pada ibu yang telah melahirkan beberapa kali bayi yang dapat hidup (*viable*) sudah lemah. Rintangan yang sangat kecil pada kehamilan maupun pada proses persalinan dapat menimbulkan robekan pada rahim.
- 8) Terhambatnya kemajuan persalinan oleh karena kontraksi rahim kurang.
- 9) Rahim tidak berkontraksi setelah proses persalinan dimana dapat menimbulkan perdarahan setelah persalinan.

10) Perut gantung diakibatkan oleh karena berkurangnya kemampuan otot-otot dinding perut (otot-otot dinding perut menjadi lemas) sehingga dapat terjadi kesalahan letak janin, kepala janin tidak masuk ke ruang rongga panggul.

c. Dampak *Grande Multigravida* dalam Persalinan

1) Rahim tidak dapat berkontraksi sehingga dapat menyebabkan perdarahan yang banyak setelah proses persalinan.

2) *Retensi plasenta*, merupakan suatu keadaan dimana plasenta belum dapat lahir dalam waktu setengah jam setelah janin lahir sebagai akibat dari kurangnya kontraksi uterus. Hal ini dapat menyebabkan perdarahan setelah proses persalinan.

3) Subinvolusi uteri.

d. Metode keluarga berencana (KB) yang dianjurkan bagi ibu dengan *Grande Multigravida* adalah :

1) Kontrasepsi mantap (Kontap).

2) IUD, syaratnya adalah :

a) Telah mempunyai anak hidup satu atau lebih.

b) Ingin menjarangkan kehamilan.

c) Sudah cukup anak, tidak mau hamil lagi, namun menolak cara permanen (Kontap). Biasanya dipasang IUD yang efeknya lama.

d) Tidak boleh atau tidak cocok memakai kontrasepsi hormonal.

e) Usia ibu lebih dari 35 tahun, dimana kontrasepsi hormonal dapat kurang menguntungkan.

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Hidayat dan Sujiyatini, 2010)

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Erawati, 2011).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa persalinan merupakan proses membuka dan menipisnya serviks sehingga janin dapat turun ke jalan lahir dan berakhir dengan pengeluaran bayi disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin.

2. Sebab – sebab mulainya persalinan

Menurut Erawati (2011) ada lima penyebab mulainya persalinan, yaitu sebagai berikut :

a. Penurunan kadar progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot uterus, sedangkan estrogen meningkatkan kerentanan otot uterus. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen di dalam darah, namun pada akhir kehamilan kadar progesteron turun menurun sehingga timbul his.

b. Teori oksitosin

Oksitosin adalah hormon yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim. Sehingga terjadi Braxton Hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan, menyebabkan oksitosin meningkat, sehingga persalinan dapat dimulai (Marmi, 2012).

c. Keregangan otot

Uterus seperti halnya kandung kemih dan lambung. Jika dindingnya teregang karena isinya bertambah timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Dengan bertambahnya usia kehamilan, semakin teregang otot – otot uterus dan semakin rentan.

d. Teori rangsangan estrogen

Esterogen menyebabkan *irritability* miometrium, mungkin karena peningkatn konsentrasi *actin-myocin* dan *adenosine tripospat* (ATP). Esterogen memungkinkan sintesis progstalandin pada decidua dan selaput ketuban sehingga menyebabkan kontraksi uterus.

e. Teori plasenta menjadi tua

Dengan bertambahnya usia kehamilan, plasenta menjadi tua dan menyebabkan *vili chorealis* mengalami perubahan sehingga kadar estrogen dan progesterone menurun. Ini menimbulkan kekejangan pembuluh darah dan kontraksi otot rahim (Asrinah,dkk, 2010).

f. Teori prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat pada usia kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menyebabkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan (Asrinah,dkk, 2010). Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin yang diberikan secara intravena menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan, hal ini disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan (Marmi,2012).

3. Tahap persalinan kala (kala I,II,III dan IV)

a. Kala I

1) Pengertian kala I

Kala 1 dimulai dengan serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersama darah disertai dengan pendataran (*effacement*). Lendir bersemu darah berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pembuluh – pembuluh kapiler yang berada disekitar kanalis servikalis (kanalis servikalis pecah karena pergeseran – pergeseran ketika serviks membuka). Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap, pada primigravida kala I berlangsung kira – kira 13 jam dan multigravida kira – kira 7 jam (Rukiah, dkk 2009). Menurut Erwatai (2011) berdasarkan kemajuan pembukaan serviks kala I dibagi menjadi :

a) Fase laten

Fase laten yaitu fase pembukaan yang sangat lambat dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu \pm 8 jam.

b) Fase aktif

Fase aktif yaitu fase pembukaan yang lebih cepat yang terbagi lagi menjadi :

- (1) Fase akselerasi (fase percepatan), dari pembukaan 3 cm sampai 4 cm yang dicapai dalam 2 jam.
- (2) Fase dilatasi maksimal, dari pembukaan 4 cm sampai 9 cm yang di capai dalam 2 jam.
- (3) Fase deselerasi (kurangnya kecepatan), dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm selama 2 jam.

2) Pemantauan kemajuan persalinan kala I dengan partograf.

a) Pengertian partograf

Merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat

b) Kemajuan persalinan

Menurut Hidayat dan Sujiyatini (2010) hal yang diamati pada kemajuan persalinan dalam menggunakan partograf adalah :

(1) Pembukaan serviks

Pembukaan serviks dinailaipada saat melakukan pemeriksaan vagina dan ditandai dengan huruf (x). garis waspada adalah sebua garis yang dimulai pada saat

pembukaan servik 4 cm hingga titik pembukaan penuh yang diperkirakan dengan laju 1 cm per jam.

(2) Penurunan bagian terbawa janin

Metode perlimaan dapat mempermudah penilaian terhadap turunnya kepala maka evaluasi penilaian dilakukan setiap 4 jam melalui pemeriksaan luar dengan perlimaan diatas simphisis, yaitu dengan memakai 5 jari, sebelum dilakukan pemeriksaan dalam. Bila kepala masih berada diatas PAP maka masih dapat diraba dengan 5 jari (rapat) dicatat dengan 5/5, pada angka 5 digaris vertikal sumbu X pada partograf yang ditandai dengan "O". Selanjutnya pada kepala yang sudah turun maka akan teraba sebagian kepala di atas simphisis (PAP) oleh beberapa jari 4/5, 3/5, 2/5, yang pada partograf turunnya kepala ditandai dengan "O" dan dihubungkan dengan garis lurus (Marmi, 2012).

(3) Kontraksi uterus (His)

Persalinan yang berlangsung normal his akan terasa makin lama makin kuat, dan frekuensinya bertambah. Pengamatan his dilakukan tiap 1 jam dalam fase laten dan tiap ½ jam pada fase aktif. Frekuensi his diamati dalam 10 menit lama his dihitung dalam detik dengan cara palpasi perut, pada partograf jumlah his

digambarkan dengan kotak yang terdiri dari 5 kotak sesuai dengan jumlah his dalam 10 menit. Lama his (*duration*) digambarkan pada partograf berupa arsiran di dalam kotak: (titik - titik) 20 menit, (garis - garis) 20 – 40 detik, (kotak dihitamkan) >40 detik (Marmi, 2012).

(4) Keadaan janin

(a) Denyut jantung janin

Denyut jantung janin dapat diperiksa setiap setengah jam. Saat yang tepat untuk menilai denyut jantung segera setelah his terlalu kuat berlalu selama ± 1 menit, dan ibu dalam posisi miring, yang diamati adalah frekuensi dalam satu menit dan keteraturan denyut jantung janin, pada paragraf denyut jantung janin di catat dibagian atas, ada penebalan garis pada angka 120 dan 160 yang menandakan batas normal denyut jantung janin.

(b) Warna dan selaput ketuban

Nilai kondisi ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan – temuan dalam kotak yang sesuai dibawah lajur DJJ dengan menggunakan lambang – lambang berikut ini :

- U : Selaput ketuban masih utuh.
- J : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih.
- M : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium.
- D : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah.
- K : Air ketuban pecah tapi sudah kering.

(c) Moulage tulang kepala janin

Moulage berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul. Kode moulage yaitu :

- 0 : tulang – tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi
- 1 : tulang – tulang kepala janin saling bersentuhan.
- 2 : tulang – tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan.
- 3 : tulang – tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan.

(d) Keadaan ibu

Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah: DJJ setiap 30 menit, Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap 30 menit, Nadi setiap 30 menit tandai dengan titik, pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan tiap 4 jam tandai dengan panah, tekanan darah setiap 4 jam, suhu setiap 2 jam.

(e) Urine, aseton, protein tiap 2 – 4 jam (catat setiap kali berkemih).

3) Asuhan sayang ibu kala I

Menurut Marmi (2012) asuhan yang dapat diberikan kepada ibu selama kala I yaitu :

- a) Bantulah ibu dalam persalinan jika ibu tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan.
 - (1) Berikan dukungan dan yakinkan dirinya.
 - (2) Berilah informasi mengenai peroses kemajuan persalinan.
 - (3) Dengarkan keluhannya dan cobalah untuk lebih sensitif terhadap perasaannya.
- b) Jika ibu tersebut tampak gelisah dukungan atau asuhan yang dapat diberikan.
- c) Lakukan perubahan posisi.
 - (1) Posisi sesuai dengan keinginan, tetapi jika ibu di tempat tidur sebaiknya dianjurkan tidur miring ke kiri.
 - (2) Sarankan ibu untuk berjalan.
- d) Ajaklah orang yang menemaninya (suami atau ibunya) untuk memijat atau menggosok punggungnya.
- e) Ibudiperbolehkan melakukan aktivitas sesuai dengan kesanggupannya.
- f) Ajarkan kepada ibu tehnik bernafas.

- g) Menjaga hak privasi ibu dalam persalinan.
- h) Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan dilakukan dan hasil pemeriksaan.
- i) Membolehkan ibu untuk mandi dan membasuh sekitar kemaluannya setelah BAK dan BAB.
- j) Berikan cukup minum untuk mencegah dehidrasi.
- k) Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.

b. Kala II

1) Pengertian kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Gejala dan tanda kala II, telah terjadi pembukaan lengkap, tampak kepala janin melalui bukaan introitus vagina, ada rasa ingin meneran saat kontraksi, ada dorongan pada rectum atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva dan spingter ani membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. (Rukiah, dkk 2009).

2) Asuhan sayang ibu kala II

Menurut Marmi (2012) asuhan sayang ibu adalah asuhan asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Asuhan sayang ibu dalam kala II yaitu :

a) Pendampingan keluarga

Selama proses persalinan berlangsung ibu membutuhkan teman dan keluarga. Biasa dilakukan oleh suami, orang tua atau kerabat yang disukai ibu. Dukungan dari keluarga yang mendampingi ibu selama proses persalinan sangat membantu mewujudkan persalinan lancar.

b) Libatkan keluarga

Keterlibatan keluarga dalam asuhan antara lain bantu ibu berganti posisi, teman bicara, melakukan ransangan taktil, memberikan makanan dan minuman, membantu dalam mengatasi rasa nyeri dengan memijat bagian lumbal atau pinggang belakang.

c) KIE proses persalinan

Penolong persalinan memberi pengertian tentang tahapan dan kemajuan persalinan atau kelahiran janin pada ibu dan keluarga agar ibu tidak cemas menghadapi persalinan, dan memberikan kesempatan ibu untuk bertanya hal yang belum jelas sehingga kita dapat memberikan informasi apa yang dialami oleh ibu dan janinnya dalam hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

d) Dukungan psikologi

Dukungan psikologi dapat diberikan dengan bimbingan dan menanyakan apakah ibu memerlukan pertolongan. Berusaha menenangkan hati ibu dalam menghadapi dan menjalani proses persalinan dengan rasa nyaman.

e) Membantu ibu memilih posisi.

(1) Posisi jongkok atau berdiri

Menurut Marmi (2012) Posisi jongkok memudahkan penurunan kepala janin, memperluas rongga panggul sebesar 28 persen lebih besar pada pintu bawah panggul, memperkuat dorongan meneran.



Gambar 2.1. Posisi jongkok atau berdiri

Menurut Erawati (2011) keuntungan posisi jongkok atau berdiri yaitu sebagai berikut : membantu penurunan kepala, memperbesar dorongan untuk meneran, dan mengurangi rasa nyeri. Menurut Marmi (2012) kekurangan dari posisi jongkok atau berdiri yaitu member cidera kepala bayi, posisi ini kurang menguntungkan karena menyulitkan pemantauan

perkembangan pembukaan dan tindakan – tindakan persalinan lainnya.

(2) Setengah duduk

Posisi ini posisi yang paling umum diterapkan diberbagai Rumah Sakit di segenap penjuru tanah air, pada posisi ini pasien duduk dengan punggung bersandar bantal, kaki ditekuk dan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup membuat ibu merasa nyaman (Rohani, dkk 2011).



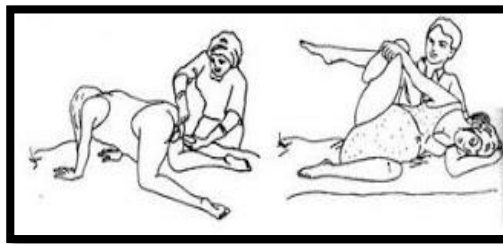
Gambar 2.2 Posis setengah duduk

Menurut Rohani, dkk (2011) keuntungan dari posisi ini adalah sebagai berikut : memudahkan melahirkan kepala bayi, membuat ibu nyaman dan jika merasa lelah ibu bisa beristirahat dengan mudah.

(3) Posisi berbaring miring ke kiri

Posisi berbaring miring ke kiri dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia karena suplay oksigen tidak terganggu dapat memberi

suasana rileks bagi ibu yang mengalami kecapean dan dapat pencegahan terjadinya laserasi/robekan jalan lahir (Marmi, 2012).



Gambar 2.3. Posisi miring/lateral

Menurut Lailiyana, dkk (2011) Keuntungan posisi berbaring miring ke kiri yaitu sebagai berikut : memberi rasa santai pada ibu yang letih, memberi oksigenasi yang baik bagi bayi dan membantu mencegah terjadinya laserasi. Sedangkan kekurangannya yaitu menyulitkan bidan dan dokter untuk membantu proses persalinan karena letak kepala bayi susah dimonitor, dipegang maupun diarahkan.

(4) Posisi duduk

Posisi ini membantu penolong persalinan lebih leluasa dalam membantu kelahiran kepala janin serta lebih leluasa untuk dapat memperhatikan perineum (Marmi, 2012).



Gambar 2.4. Posisi Duduk

Menurut Erawati (2011) keuntungan posisi duduk yaitu memberikan rasa nyaman bagi ibu, memberikan kemudahan untuk istirahat saat kontraksi, dan gaya gravitasi dapat membantu mempercepat kelahiran.

(5) Posisi merangkak

Menurut Erawati (2011) keuntungan posisi merangkak yaitu mengurangi rasa nyeri punggung saat persalinan, membantu bayi melakukan rotasi, dan peregangan perineum lebih sedikit.

f) Cara meneran

Ibu dianjurkan meneran jika ada kontraksi atau dorongan yang kuat dan adanya spontan keinginan untuk meneran. Dan pada saat relaksasi ibu dianjurkan untuk istirahat untuk mengantisipasi agar ibu tidak kelelahan atau dan menghindari terjadinya resiko afiksia (Marmi, 2012)

g) Pemberian nutrisi

Ibu bersalin perlu diperhatikan pemenuhan kebutuhan cairan, elektrolit dan nutrisi. Hal ini untuk mengantisipasi

ibu mengalami dehidrasi. Dehidrasi dapat berpengaruh pada gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yang penting artinya dalam menimbulkan kontraksi uterus (Marmi, 2012).

3) Menolong persalinan sesuai 60 APN

(1) Mendengar dan melihat tanda dan gejala kala II:

- (a) Ibu sudah merasa adanya dorongan kuat untuk meneran.
- (b) Ibu sudah merasa adanya tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina.
- (c) Perineum tampak menonjol.
- (d) Vulva dan sfingter ani membuka.

(2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Menyiapkan oksitosin 10 unit. Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan:

- (a) Tempat datar, rata, bersih, kering, dan hangat
- (b) 3 handuk/kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)
- (c) Alat penghisap lendir

(d) Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Untuk ibu

(a) Menggelar kain di atas perut bawah ibu

(b) Menyiapkan kain yang dilipat $\frac{1}{3}$ untuk alas bokong

(3) Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan.

(4) Melepaskan dan menyiapkan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering.

(5) Memakai satu sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau steril pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

(6) Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.

(7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi (DTT).

- (a) Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya cara menyeka dari depan ke belakang.
 - (b) Membuang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
 - (c) Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan chlorin 0,5%.
- (8) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
- (9) Dekontaminasi sarung tangan (mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam clorin 0,5% selama 10 menit). Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan. Tutup kembali partus set.
- (10) Periksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil- hasil penilaian serta asuhan lain dalam partograf. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.

(11) Memberitahukan pada ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibumenentukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

(a) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikut pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada

(b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan member semangat pada ibu dan meneran secara benar

(12) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu di posisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman

(13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:

- (a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
- (b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
- (c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
- (d) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
- (e) Anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan dan semangat.
- (f) Berikan cairan peroral (minum).
- (g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
- (h) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada primigravida atau ≥ 60 menit (1 jam) pada multigravida
- (i) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum

merasa ada dorongan untuk meneran dalam
selang waktu 60 menit

(14) Letakan kain bersih (untuk mengeringkan bayi) di
atas perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva
dengan diameter 5-6 cm

(15) Letakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai
alas bokong ibu

(16) Buka tutup partus set dan periksakembali
kelengkapan peralatan dan bahan

(17) Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan

(18) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm
membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu
tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering,
tangan yang lain menahan belakang kepala untuk
mempertahankan posisi defleksi dan membantu
lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran secara
efektif atau bernafas cepat dan dangkal

(19) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil
tindakan yang sesuai jika hal ini terjadi), segera
lanjutkan proses kelahiran bayi. Perhatikan:

(a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar,
lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi

- (b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut
- (20) Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan
- (21) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
- (22) Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri dan memegang lengan dan siku bayi sebelah atas
- (23) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk)
- (24) Lakukan penilaian selintas:

(a) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan

(b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK” lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi bayi asfiksia). Bila semua jawabanya adalah “YA” lanjut kelangkah 26

(25) Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering dan bersih. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu

(26) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli)

(27) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik

(28) Dalam waktu satu menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin)

(29) Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama

(30) Pemotongan dan pengikat tali pusat

(a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah di jepit (lindungi perut), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut

(b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril/umbilical cord pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya

(c) Lepaskan klem dan masukan dalam wadah yang telah disediakan

(31) Letakan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu dengan bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau aerola mammae ibu

- (a) Selimuti ibu dan bayi dengan kain yang kering, bersih dan hangat, pasang topi di kepala bayi
 - (b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
 - (c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara
 - (d) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui
- (32) Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- (33) Letakkan satu tangan diatas kain pada perut bawah ibu (diatas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat
- (34) Setelah uterus berkontraksi, regangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya

dan ulangi kembali prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

(35) Bila pada penekanan bagian bawah dinding di depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah cranial hingga plasenta dapat dilahirkan

(a) Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah-sejajar lantai atas)

(b) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta

(c) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit meregangkan tali pusat:

(1) Ulangi pemberian oksitosin ke dua 10 unit IM

(2) Lakukan katektisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh

(3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan

- (4) Ulangi tekanan dorsol-kranial dan peregangan tali pusat 15 menit berikutnya
 - (5) Jika plasenta tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual
- (36) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinl kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah di sediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal
- (37) Segera setelah plasenta lahir dan selaput ketuban lahir, lakukan masasse uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukakan (kompresi bimanual internal, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase

- (38) Menilai perdarahan periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta kedalam wadah yang telah disediakan
- (39) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 dan 2 yang menimbulkan perdarahan
- (40) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervagina
- (41) Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh lakukan katektisasi
- (42) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk
- (43) Anjurkan kepada ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
- (44) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
- (45) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- (46) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-6 kali/menit)

- (47) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit).
Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi
- (48) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
- (49) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakain yang bersih dan kering
- (50) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minum dan makanan yang diinginkannya
- (51) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan clorin
- (52) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- (53) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian
- (54) Keringkan tangan dengan tissue atau handuk yang bersih dan kering

- (55) Pakai sarung tangan bersih /DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
- (56) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik, pernapasan normal (40-60 kali/menit) dan temperature tubuh normal (36,5-37,5) setiap 15 menit
- (57) Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi dalam di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- (58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit
- (59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk yang bersih dan kering
- (60) Lengkapi patograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV Persalinan

c. Kala III

1) Pengertian kala III

Dimulai dari bayi lahir sampai dengan plasenta lahir. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan placenta dari dindingnya.

Biasanya placenta lepas dalam waktu 6-15 menit setelah bayi lahir secara spontan maupun dengan tekanan pada fundus uteri (Hidayat dan Sujiyatini, 2010)

Menurut Lailiyana, dkk (2011). Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 – 10 menit, dengan lahirnya bayi sudah mulai pelepasan plasenta pada lapisan *Nitabusch*, karena sifat retraksi otot rahim. Lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda – tanda dibawa ini :

- a) Uterus menjadi bundar.
- b) Uterus terdorong keatas, karena plasenta dilepas ke bawa segmen bawah rahim.
- c) Tali pusat bertambah panjang.

2) Manajemen kala III

Menurut Hidayat dan Sujiyatini (2010) manajemen kala III yaitu :

- a) Jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin.
- b) Memberi oksitosin.
- c) Lakukan PTT.
- d) Masase fundus.

d. Kala IV

Kala IV (kala pengawasan) adalah kala pengawasan selama dua jam setelah bayi lahir dan uri lahir untuk mengamati

keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan pascapartum. Kehilangan darah pada persalinan biasa disebabkan oleh luka pada pelepasan uri dan robekan pada serviks dan perineum. Dalam batas normal, rata – rata banyaknya perdarahan adalah 250 cc, biasanya 100 – 300 cc. Jika persalinan lebih dari 500 cc, ini sudah dianggap abnormal dan harus dicari penyebabnya (Erawati, 2011).

4. Tujuan asuhan persalinan

Menurut Erawati (2011) tujuan dari asuhan persalinan antara lain sebagai berikut:

- a. Memberikan dukungan baik secara fisik maupun emosional kepada ibu dan keluarga selama persalinan.
- b. Melakukan pengkajian, membuat diagnosis, mencegah, menangani komplikasi – komplikasi dengan cara pemantauan ketat dan dekteksi dini selama persalinan dan kelahiran.
- c. Melakukan rujukan pada kasus – kasus yang tidak bisa ditangani sendiri untuk mendapat asuhan spesialis jika perlu.
- d. Memberikan asuhan yang adekuat pada ibu sesuai dengan intervensi minimal tahap persalinannya.
- e. Memperkecil resiko infeksi dengan melaksanakan pencegahan infeksi yang aman.

- f. Selalu memberitahu kepada ibu dan keluarganya mengenai kemajuan, adanya penyulit maupun intervensi yang akan dilakukan dalam persalinan.
 - g. Memberikan asuhan yang tepat untuk bayi setelah lahir.
 - h. Membantu ibu dengan pemberian ASI dini.
5. Tanda – tanda persalinan
- a. Tanda – tanda persalinan sudah dekat

1) *Lightening*

Menjelang minggu ke 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh : kontraksi *braxton hicks*, ketegangan dinding perut, ketegangan *ligamentum rotundum* , dan gaya berat janin dengan kepala kearah bawah. Masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul dirasakan ibu hamil sebagai terasa ringan di bagian atas, rasa sesaknya berkurang, dibagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan saat berjalan dan sering miksi (Lailiyana, dkk 2011).

2) His permulaan

Menurut Marmi (2012) makin tuanya kehamilan, pengeluaran esterogen dan progesterone makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat, dengan demikian akan menimbulkan kontraksi yang lebih sering his permulaan

ini lebih sering diistilahkan sebagai his palsu. Sifat his palsu yaitu : rasa nyeri ringan dibagian bawa, datangnya tidak teratur tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda – tanda kemajuan persalinan, durasinya pendek tidak bertambah bila beraktivitas.

b. Tanda – tanda timbulnya persalinan

1) Terjadinya his persalinan

Menurut Marmi (2012) his yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. Pengaruh his sehingga dapat menimbulkan : desakan daerah uterus (meningkat), terhadap janin (penurunan), terhadap korpus uteri (dinding menjadi tebal) terhadap istimur uteri (teregang dan menipis) terhadap kanalis servikalis (*effacement* dan pembukaan). His persalinan memiliki ciri – ciri sebagai berikut :

- a) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan.
- b) Sifat his teratur, interval semakin pendek, dan kekuatan semakin besar.
- c) Terjadi perubahan pada serviks.
- d) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan his akan bertambah

2) Pengeluaran lendir darah (*Bloody Show*)

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang yang di maksud dengan *bloody show*. *Bloody show* paling sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni. *Bloody show* merupakan tanda persalinan yang akan terjadi biasanya dalam 24 sampai 48 jam (Sukarni dan Margareth, 2013).

3) Perubahan serviks

Pada akhir bulan ke-9, hasil pemeriksaan serviks menunjukkan bahwa serviks sebelumnya tertutup, panjang, dan kurang lunak menjadi lebih lunak. Hal ini telah terjadi pembukaan dan penipisan serviks. Perubahan ini berbeda pada masing– masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada sebagian besar primipara, serviks masih dalam keadaan tertutup (Erawati, 2011).

4) Pengeluaran cairan ketuban

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan

pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung 24 jam
(Lailiyana, dkk 2011).

6. Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan

a. *Power*

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament dengan kerja sama yang baik dan sempurna.

1) His (kontraksi otot uterus)

His adalah kontraksi otot – otot polos rahim pada persalinan. Sifat his yang baik dan sempurna yaitu : kontraksi simetris, fundus dominan, relaksasi, pada setiap his dapat menimbulkan perubahan yaitu serviks menipis dan membuka. Dalam melakukan observasi pada ibu bersalin hal – hal yang harus diperhatikan dari his:

- a) Frekuensi his jumlah his dalam waktu tertentu biasanya per menit atau persepuluh menit.
- b) Intensitas his kekuatan his diukur dalam mmHg.
Intensitas dan frekuensi kontraksi uterus bervariasi selama persalinan, semakin meningkat waktu persalinan semakin maju. Telah diketahui bahwa aktifitas uterus bertambah besar jika wanita tersebut berjalan – jalan sewaktu persalinan masih dini.

- c) Durasi atau lama his lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik, dengan durasi 40 detik atau lebih.
- d) Datangnya his apakah datangnya sering, teratur atau tidak.
- e) Interval jarak antara his satu dengan his berikutnya, misalnya his datang tiap 2 sampai 3 menit.
- f) Aktivitas his Frekuensi x amplitudo diukur dengan unit *Montevideo*.

2) Pembagian his dan sifat – sifatnya

Pembagian sifat his menurut Marmi (2012) sebagai berikut :

a) His pendahuluan

His tidak kuat, tidak teratur dan menyebabkan *bloody show*.

b) His pembukaan

His yang terjadi sampai pembukaan serviks 10 cm, mulai kuat, teratur, terasa sakit atau nyeri.

c) His pengeluaran

Sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama merupakan his untuk mengeluarkan janin. Koordinasi bersama antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligament.

d) His pelepasan uri (Kala III)

Kontraksi sedang untuk melepas dan melahirkan plasenta.

e) His pengiring

Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

b. *Passage* (Jalan Lahir)

1) Pengertian *passage*

Menurut Lailiyana (2011) *Passage* atau jalan lahir terdiri bagian keras (Tulang – tulang panggul dan sendi – sendinya) dan bagian lunak (otot – otot atau jaringan, dan ligament) tulang – tulang panggul meliputi 2 tulang pangkalan paha (*Ossa coxae*), 1 tulang kelangkang (*ossa sacrum*), dan 1 tulang tungging (*ossa coccygis*).

2) Ukuran – ukuran panggul

a) Pintu Atas Panggul (PAP)

Batas – batas pintu atas panggul (PAP) adalah promontorium, sayap *sacrum*, *linea innominata*, *ramsu superior osis pubis*, dan tepi atas simfisis.

Ukuran – ukuran PAP yaitu :

(1) Ukuran muka belakang/diameter antero posterior/konjugata vera (CV) adalah dari promontorium ke pinggir atas simfisis > 11 cm.

Cara mengukur CV = $CD - 1\frac{1}{2} \cdot CD$ (konjugata Diagonalis) adalah jarak antara promontorium ke tepi atas simfisis

(2) Ukuran melintang adalah ukuran terbesar antara linea iniminata diambil tegak lurus pada konjugata vera (12,5 – 13,5).

(3) Ukuran serong dari artikulasio sakroiliaka ke tuberkulum pubikum dari belahan panggul yang bertentangan.

b) Bidang luas panggul

Menurut Lailiyana (2011) bidang luas panggul adalah bidang dengan ukuran – ukuran yang terbesar terbentang antara pertengahan *asetabulum* dan pertemuan antara ruas sacral II dan III. Ukuran muka belakang 12,75 cm dan ukuran melintang 12,5 cm.

c) Bidang sempit panggul

Menurut Lailiyana (2011) bidang sempit panggul adalah bidang dengan ukuran – ukuran yang terkecil. Terdapat setinggi tepi bawah simfisis, kedua *spina iskiadika* dan memotong sacrum 1 – 2 cm di atas ujung sacrum. Ukuran muka belakang 11,5 cm, ukuran melintang 10 cm, dan diameter *segitalis*

posterior (dari *sacrum* ke pertengahan antara *spina ischiadica*) 5 cm.

d) Pintu bawah panggul

Pintu Bawah Panggul (PBP) terdiri dari 2 segitiga dengan dasaryang sama, yitu garis yang menghubungkan kedua *tuberiskiadikum* kiri dan kanan. Puncak segitiga belakang adalah ujung os *sacrum* sedangkan segitiga depan adalah arkus pubis. Menurut Lailiyana (2011) ukuran – ukuran PBP:

- (1) Ukuran muka belakang. Dari pinggir bawa simfisis ke ujung *sacrum* (11,5 cm).
- (2) Ukuran melintang antara *tuberiskiadikum* kiri dan kanan sebelah dalam (10,5 cm).
- (3) Diameter sagitalis posterior, dari ujung *sacrum* ke pertengahan ukuran melintang (7,5 cm).

e) Bidang hodge

Menurut Marmi (2012) bidang hodge antara lain sebagai berikut:

- (1) *Hodge I* : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan *promontorium*.
- (2) *Hodge II* : sejajar dengan *hodge I* setinggi pinggir bawah symphysis.
- (3) *Hodge III* : sejajar *hodge I* dan II setinggi *spina ischiadika* kanan dan kiri.
- (4) *Hodge IV* : sejajar *hodge I*, II, III setinggi os

coccygis.

c. *Passenger* (janin)

Hal yang menentukan kemampuan janin untuk melewati jalan lahir adalah

1) Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti (Dewi asri dan Christin, 2010):

- a) Presentasi kepala (vertex, muka, dahi).
- b) Presentasi bokong : bokong murni, bokong kai, letak lutut atau letak kaki.
- c) Presentasi bahu

2) Sikap janin

Sikap janin adalah hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan bagian tubuh yang lain, yang sebagian merupakan akibat pola pertumbuhan janin sebagai akibat penyesuaian janin terhadap bentuk rongga rahim. Pada kondisi normal, punggung janin sangat fleksi, kepala fleksi kedua arah dada dan paha fleksi ke arah sendi lutut. Tangan disilangkan didepan thoraks dan tali pusat terletak diantara lengan dan tungkai. Peyimpangan sikap normal dapat menimbulkan kesulitan saat anak dilahirkan (Marmi, 2012).

3) Letak janin

Letak adalah bagaimana sumbu janin berada terhadap sumbu ibu misalnya letak lintang dimana sumbu janin tegak lurus pada sumbu ibu. Letak membujur dimana sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu, ini bisa letak kepala atau sungsang (Marmi, 2012).

d. Plasenta

Plasenta adalah bagian dari kehamilan yang penting. Dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai *barieer*. Kelainan pada plasenta dapat berupa gangguan fungsi dari plasenta atau gangguan implantasi dari plasenta. Kelainan letak implantasinya dalam hal ini sering disebut plasenta previa. Sedangkan kelainan kedalaman dari implantasinya sering disebut plasenta akreta, inkreta dan perkreta (Marmi, 2012).

e. Psikis

Banyak wanita normal bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan disaat mereka merasa kesakitan awal menjelang kelahiran bayinya. Perasaan

positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas kewanitaan sejati (Marmi, 2012).

Membantu wanita berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir persalinannya. Membantu wanita menghemat tenaga, mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya dukungan dalam mengurangi proses kecemasan pasien (Marmi, 2012)

f. Posisi

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubahnya memberi sedikit rasa letih hilang, memberi rasa nyaman dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak juga menguntungkan curah jantung ibu yang dalam kondisi normal meningkat selama persalinan seiring kontraksi uterus mengembalikan darah ke anyaman pembuluh darah. Peningkatan curah jantung memperbaiki aliran darah ke unit utero plasenta dan ginjal ibu. Pelepasan oksitosin menambah intensitas kontraksi uterus. Apabila ibu mengedan dalam posisi jongkok atau setengah duduk,

otot-otot abdomen bekerja lebih sinkron (saling menguatkan dengan otot uterus) (Marmi, 2012).

7. Perubahan dan Adaptasi Fisiologi Psikologi Pada Ibu bersalin

a. Kala I

1) Perubahan dan adaptasi fisiologi

a) Perubahan uterus

Sejak kehamilan yang lanjut uterus terbagi menjadi 2 bagian, yaitu segmen atas rahim (SAR) yang dibentuk oleh korpus uteri dan segmen bawah rahim yang terbentuk oleh isthmus uteri. SAR memegang peranan yang aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan. Sebaliknya segmen bawah rahim (SBR) yang memegang peranan pasif makin tipis dengan majunya persalinan karena meregang. Jadi secara singkat SAR berkontraksi, menjadi tebal dan mendorong anak keluar sedangkan SBR dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi menjadi saluran yang tipis dan teregang yang akan dilalui bayi (Lailiyana, dkk2011).

b) Perubahan serviks

Menurut Lailiyana, dkk (2011) perubahan pada serviks meliputi:

(1) Pendataran

Pendataran adalah pemendekan dari kanalis servikalis, yang semula berupa saluran yang panjangnya beberapa millimeter sampai 3 cm, menjadi satu lubang saja dengan tepi yang tipis.

(2) Pembukaan

Pembukaan adalah pembesaran dari ostium eksternum yang semula berupa suatu lubang dengan diameter beberapa millimeter menjadi lubang yang dapat dilalui janin. serviks dianggap membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm.

c) Perubahan kardiovaskuler

Denyut jantung diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selama periode persalinan atau sebelum masuk persalinan. Hal ini mencerminkan kenaikan dalam metabolisme yang terjadi selama persalinan. Denyut jantung yang sedikit naik merupakan keadaan yang normal, meskipun normal perlu dikontrol secara periode untuk mengidentifikasi adanya infeksi (Kuswanti dan Melina, 2013).

d) Perubahan tekanan darah

Tekanan darah akan meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata – rata 10 – 20 mmHg, pada waktu – waktu diantara kontraksi tekanan darah

kembali ke tingkat sebelum persalinan dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut dan kekwatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah (Marmi, 2012)

e) Perubahan nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah daripada frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring bukan telentang. Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih meningkat dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan (Rukiah, dkk, 2009)

f) Perubahan suhu

Perubahan suhu sedikit meningkat selama persalinan dan tertinggi selama dan segera setelah melahirkan. Perubahan suhu dianggap normal bila peningkatan suhu yang tidak lebih dari $0,5 - 1^{\circ}\text{C}$ yang

mencerminkan peningkatan metabolisme selama persalinan (Rukiah, dkk, 2009)

g) Perubahan pernafasan

Peningkatan frekuensi pernapasan normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. *Hiperventelasi* yang menonjang adalah temuan abnormal dan dapat menyebabkan alkalosis (rasa kesemutan pada ekstremitas dan perasaan pusing) (Rukiah, dkk, 2009)

h) Perubahan metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan meningkat secara terus – menerus. Kenaikan ini sebagian besar disebabkan oleh kecemasan serta kegiatan otot tubuh. Kenaikan metabolisme tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut jantung, pernapasan, curah jantung, dan kehilangan cairan. Kenaikan curah jantung serta kehilangan cairan akan mempengaruhi fungsi ginjal sehingga diperlukan perhatian dan tindakan untuk mencegah terjadinya dehidrasi (Lailiyana, dkk, 2011)

i) Perubahan ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Mungkin diakibatkan oleh curah jantung dan peningkatan

filtrasi glomerulus serta aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit + 1 dianggap normal dalam persalinan. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urin berkurang Selama persalinan (Lailiyana, dkk, 2011)

j) Perubahan pada gastrointestinal

Gerakan lambung dan penyerapan makanan padat secara substansial berkurang drastis selama persalinan. Selain itu pengeluaran asam lambung berkurang, menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan lambung dalam tempo yang biasa. Rasa mual dan muntah biasa terjadi sampai berakhirnya kala I persalinan (Lailiyana, dkk, 2011)

k) Perubahan hematologi

Haemoglobin akan meningkat 1,2 mg/100ml selama persalinan dan kembali seperti sebelum persalinan pada hari pertama postpartum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Koagulasi darah akan berkurang dan terjadi peningkatan plasma. Sel darah putih secara progresif akan meningkat selama kala I

persalinan sebesar 5000 – 15.000 saat pembukaan lengkap (Lailiyana, dkk, 2011)

2) Perubahan dan adaptasi psikologi kala I

Menurut Marmi (2011) perubahan dan adaptasi psikologi kala I yaitu:

a) Fase laten

Pada fase ini, wanita mengalami emosi yang bercampur aduk, wanita merasa gembira, bahagia dan bebas karena kehamilan dan penantian yang panjang akan segera berakhir, tetapi ia mempersiapkan diri sekaligus memiliki kekhawatiran apa yang akan terjadi. Secara umum ibu tidak terlalu merasa tidak nyaman dan mampu menghadapi keadaan tersebut dengan baik. Namun wanita yang tidak pernah mempersiapkan diri terhadap apa yang akan terjadi, fase laten persalinan akan menjadi waktu dimana ibu akan banyak berteriak dalam ketakutan bahkan pada kontraksi yang paling ringan sekalipun dan tampak tidak mampu mengatasinya seiring frekuensi dan intensitas kontraksi meningkat, semakin jelas bahwa ibu akan segera bersalin. Bagi wanita yang telah banyak menderita menjelang akhir kehamilan dan pada persalinan palsu, respon emosionalnya pada fase laten persalinan kadang-kadang

dramatis, perasaan lega, relaksasi dan peningkatan kemampuan koping tanpa memperhatikan tempat persalinan.

b) Fase aktif

Pada fase ini kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap dan ketakutan wanita pun meningkat. Pada saat kontraksi semakin kuat, lebih lama, dan terjadi lebih sering, semakin jelas baginya bahwa semua itu berada diluar kendalinya. Dengan kenyataan ini wanita ingin seseorang mendampingi karena dia takut ditinggal sendiri dan tidak mampu mengatasi kontraksi. Dia mengalami sejumlah kemampuan dan ketakutan yang tidak dapat dijelaskan.

c) Fase transisi

Pada fase ini biasanya ibu merasakan perasaan gelisah yang mencolok, rasa tidak nyaman yang menyeluruh, bingung, frustrasi, emosi akibat keparahan kontraksi, kesadaran terhadap martabat diri menurun drastis, mudah marah, takut dan menolak hal-hal yang ditawarkan padanya.

Selain perubahan yang spesifik, kondisi psikologis seorang wanita yang sedang menjalani persalinan sangat bervariasi, tergantung persiapan dan

bimbingan antisipasi yang diterima, dukungan yang diterima dari pasangannya, orang dekat lain, keluarga, dan pemberi perawatan, lingkungan tempat wanita tersebut berada, dan apakah bayi yang dikandung merupakan bayi yang diinginkan.

Beberapa keadaan dapat terjadi pada ibu dalam persalinan, terutama pada ibu yang pertama kali bersalin yaitu:

(1) Perasaan tidak enak dan kecemasan

Biasanya perasaan cemas pada ibu saat akan bersalin berkaitan dengan keadaan yang mungkin terjadi saat persalinan, disertai rasa gugup.

(2) Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang dihadapi

Ibu merasa ragu apakah dapat melalui proses persalinan secara normal dan lancar

(3) Menganggap persalinan sebagai cobaan

Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya. Kadang ibu berpikir apakah tenaga kesehatan akan bersabar apabila persalinan yang dijalani berjalan lama, dan apakah tindakan yang akan dilakukan jika tiba-tiba terjadi sesuatu yang tidak diinginkan, misalnya tali pusat melilit bayi.

(4) Apakah bayi normal atau tidak

Biasanya ibu akan merasa cemas dan ingin segera mengetahui keadaan bayinya apakah terlahir dengan sempurna atau tidak.

(5) Apakah ibu sanggup merawat bayinya

Sebagai ibu baru atau muda biasanya ada pikiran yang melintas apakah ia sanggup merawat dan bisa menjadi seorang ibu yang baik bagi anaknya.

b. Kala II

1) Perubahan fisiologi pada ibu bersalin kala II

a) Kontraksi

Kontraksi uterus pada persalinan mempunyai sifat tersendiri. Kontraksi menimbulkan nyeri, merupakan satu – satunya kontraksi normal muskulus, kontraksi ini dikendalikan oleh saraf intrinsik, tidak disadari, tidak dapat diatur oleh ibu bersalin, baik frekuensi maupun lama kontraksi.

(1) Rasa sakit dari fundus merata ke seluruh uterus sampai berlanjut ke punggung bawah.

(2) Penyebab rasa nyeri belum diketahui secara pasti.

Beberapa penyebab antara lain : pada saat kontraksi terjadi kekurangan O₂ pada miometrium, penekanan

ganglion saraf di serviks dan uterus bagian bawa, peregangan serviks akibat dari pelebaran serviks, peregangan peritoneum sebagai organ yang menyelimuti uterus.

b) Pergeseran organ dalam panggul

Setelah pembukaaan lengkap dan ketuban telah pecah terjadi perubahan, terutama pada dasar panggul yang di regangkan oleh bagian depan janin, sehingga menjadi saluran yang dinding – dindingnya tipis karena suatu regangan dan kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap kedepan atas dan anus, menjadi terbuka, perineum menonjol dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva (Rukiah, dkk, 2009)

c) Ekspulsi janin

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawa simphisis dan menjadi *hypomochlion* untuk melahirkan bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjunya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir (Rukiah, dkk, 2009)

c. Kala III

1) Fisiologi kala III

a) Pengertian

Kala III merupakan periode waktu dimana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi, penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Oleh karena tempat perlekatan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta menjadi berlipat, menebal dan kemudian melepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau vagina (Marmi, 2012)

Setelah bayi lahir uterus masih mengadakan kontraksi yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri tempat implantasi plasenta. Uterus terasa keras, TFU setinggi pusat, proses 15–30 menit setelah bayi lahir, rahim akan berkontraksi (terasa sakit). Rasa sakit ini biasanya menandakan lepasnya plasenta dari perlekatannya di rahim. Pelepasan ini biasanya disertai perdarahan baru (Lailiyana, dkk, 2011)

b) Cara – cara pelepasan plasenta

(1) Pelepasan dimulai dari tengah (*Schultze*)

Plasenta lepas mulai dari tengah (sentral) atau dari pinggir plasenta. Ditandai oleh makin panjang keluarnya tali pusat dari vagina (Tanda ini dikemukakan oleh Alfred) tanpa adanya perdarahan pervaginam. Lebih besar

kemungkinannya terjadi pada plasenta yang melekat di fundus (Ilmiah, 2015)

(2) Pelepasan dimulai dari pinggir (*Duncan*)

Plasenta lepas mulai dari bagian pinggir (marginal) yang ditandai dengan adanya perdarahan dari vagina apabila plasenta mulai terlepas. Umumnya perdarahan tidak melebihi 400 ml. tanda – tanda pelepasan plasenta

- (a) Perubahan bentuk uterus
- (b) Semburan darah tiba – tiba
- (c) Tali pusat memanjang
- (d) Perubahan posisi uterus

c) Beberapa prasad untuk mengetahui apakah plasenta lepas dari tempat implantasinya

(1) Perasat *kustner*

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri menekan daerah di atas simpisis. Bila tali pusat masuk kembali kedalam vagina berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.

(2) Perasat *strassmann*

Tangan kanan meregangkan atau menarik sedikit tali pusat, tangan kiri mengetok – ngetok fundus uteri. Bila terasa getaran pada tali pusat yang diregangkan, berarti plasenta belum lepas dinding uterus.

(3) Prasat *klien*

Wanita tersebut disuruh mengejan, tali pusat tampak turun ke bawah. Bila pengejanannya dihentikan dan tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus.

d) Tanda – tanda pelepasan plasenta

(1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus

Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya di bawa pusat. Setelah uterus berkontraksi dan pelepasan terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear atau alpukat dan fundus berada diatas pusat (Ilmiah, 2015).

(2) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar (Ilmiah, 2015).

(3) Semburan darah mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi

kapasitasampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas (Ilmiah, 2015)

2) Pendokumentasian kala III

Semua asuhan dan tindakan harus didokumentasikan dengan baik dan benar. Pada pendokumentasian kala III pencatatan dilakukan pada lembar belakang partograf. Hal – hal yang dicatat adalah sebagai berikut (Marmi, 2012) :

- a) Lama kala III
- b) Pemberian Oksitosin berapa kali
- c) Bagaimana penatalaksanaan PTT
- d) Perdarahan
- e) Kontraksi uterus
- f) Adakah laserelasi jalan lahir
- g) Vital sign ibu
- h) Keadaan bayi baru lahir

d. Kala IV

1) Fisiologi kala IV

Persalinan kala IV dimulai dengan kelahiran plasenta dan berakhir 2 jam kemudian. Periode ini merupakan saat paling kritis untuk mencegah kematian ibu, terutama kematian disebabkan perdarahan. Selama kala IV, bidan harus memantau ibu setiap 15 menit pada jam pertama dan

30 menit pada jam kedua setelah persalinan (Rukiah, dkk, 2009).

a) Uterus

Setelah kelahiran plasenta, uterus dapat ditemukan ditengah-tengah abdomen kurang lebih dua pertiga sampai tiga seperempat antara simfisis pubis dan umbilicus. Jika uterus ditemukan ditengah, diatas simpisis, maka hal ini menandakan adanya darah di kavum uteri dan butuh untuk ditekan dan dikeluarkan. Uterus yang berada di atas umbilicus dan bergeser paling umum ke kanan menandakan adanya kandung kemih penuh, sehingga mengganggu kontraksi uterus dan memungkinkan peningkatan perdarahan. Jika pada saat ini ibu tidak dapat berkemih secara spontan, maka sebaiknya dilakukan kateterisasi untuk mencegah terjadinya perdarahan. Uterus yang berkontraksi normal harus terasa keras ketika disentuh atau diraba. Jika segmen atas uterus terasa keras saat disentuh, tetapi terjadi perdarahan, maka pengkajian segmen bawah uterus perlu dilakukan. Uterus yang terasa lunak, longgar, tidak berkontraksi dengan baik, hipotonik, dapat

menjadi pertanda atonia uteri yang merupakan penyebab utama perdarahan post partum (Marmi, 2012)

b) Serviks, vagina dan perineum

Segera setelah lahir serviks bersifat patulous, terkulai dan tebal. Tepi anterior selam persalinan atau setiap bagian serviks yang terperangkap akibat penurunan kepala janin selam periode yang panjang, tercermin pada peningkatan edema dan memar pada area tersebut. Perineum yang menjadi kendur dan tonus vagina juga tampil jaringan, dipengaruhi oleh peregangan yang terjadi selama kala II persalinan. Segera setelah bayi lahir tangan bisa masuk, tetapi selam 2 jam introitus vagina hanya bisa dimasuki dua atau tiga jari (Marmi, 2012)

c) Tanda vital

Tekanan darah, nadi dan pernapasan harus kembali stabil pada level prapersalinan selam jam pertama pasca partum. Pemantauan takanan darah dan nadi yang rutin selam interval ini merupakan satu sarana mendeteksi syok akibat kehilangan darah berlebihan. Sedangkan suhu tubuh ibu meningkat, tetapi

biasanya dibawah 38°C. Namun jika intake cairan baik, suhu tubuh dapat kembali normal dalam 2 jam pasca partum (Marmi, 2012)

d) Sistem gastrointestinal

Rasa mual dan muntah selama masa persalinan akan menghilang. Pertama ibu akan merasa haus dan lapar, hal ini disebabkan karena proses persalinan yang mengeluarkan atau memerlukan banyak energi

e) Sistem renal

Urin yang tertahan menyebabkan kandung kemih lebih membesar karena trauma yang disebabkan oleh tekanan dan dorongan pada uretra selama persalinan. Mempertahankan kandung krmih wanita agar tetap kosong selama persalinan dapat menurunkan trauma. Setelah melahirkan, kandung kemih harus tetap kosong guna mencegah uterus berubah posisi dan terjadi atonia. Uterus yang berkontraksi dengan buruk meningkatkan resiko perdarahan dan keparahan nyeri. Jika ibu belum bisa berkemih maka lakukan kateterisasi (Marmi, 2012)

8. Deteksi/penapisan awal ibu bersalin (19 penapisan).

Menurut Marmi (2012) indikasi-indikasi untuk melakukan tindakan atau rujukan segera selama persalinan (19 penapisan awal) :

- a. Riwayat bedah sesar
- b. Perdarahan pervaginam selain lendir dan darah
- c. Persalinan kurang bulan (< 37 minggu)
- d. Ketuban pecah dini disertai mekonial kental
- e. Ketuban pecah pada persalinan awal (>24jam)
- f. Ketuban pecah bercampur sedikit mekonium pada persalinan kurang bulan
- g. Ikterus
- h. Anemia berat
- i. Tanda gejala infeksi (suhu >38°C, demam, menggigil, cairan ketuban berbau)
- j. Presentase majemuk (ganda)
- k. Tanda dan gejala persalinan dengan fase laten memanjang
- l. Tanda dan gejala partus lama
- m. Tali pusat menumbun
- n. Presentase bukan belakang kepala (letak lintang, letak sungsang)
- o. Pimpinan dalam fase aktif dengan kepala masih 5/5
- p. Gawat janin (DJJ <100 atau > 180 menit)
- q. Preeklamsi berat

r. Syok

s. Penyakit – penyakit penyerta dalam kehamilan

9. Faktor 3 terlambat dalam persalinan

Menurut Maulana (2013) istilah 3 terlambat mengacu pada faktor eksternal atau faktor diluar kondisi ibu yaitu pendidikan, sosial ekonomi, kultur dan geografis (Kemenkes RI, 2010)

Tiga terlambat yang pertama adalah terlambat mengetahui adanya kelainan atau penyakit pada ibu hamil yang kebanyakan disebabkan oleh tingkat pengetahuan ibu yang rendah. Kedua, terlambat mengambil keputusan, yang akhirnya terlambat ke rumah sakit atau terlambat mencapai fasilitas kesehatan. Faktor keterlambatan ini dapat pula karena kondisi ekonomi dan letak geografis yang tidak strategis. Ketiga, terlambat mengirim dan menangani. Apabila sudah terlambat sampai di tempat rujukan, kondisi ibu sudah makin melemah, ditambah lagi bila sesampainya disana, fasilitasnya kurang lengkap atau tenaga medisnya kurang, maka ibu benar-benar terlambat ditangani (Kemenkes RI, 2010)

10. Persalinan dengan kala I lama

a. Pengertian

Persalinan dengan kala I lama adalah persalinan yang fase latennya berlangsung lebih dari 8 jam dan pada fase aktif laju pembukaannya tidak adekuat atau bervariasi; kurang dari 1 cm setiap jam selama sekurang-kurangnya 2 jam setelah kemajuan

persalinan; kurang dari 1,2 cm per jam pada primigravida dan kurang dari 1,5 per jam pada multipara; lebih dari 12 jam sejak pembukaan 4 sampai pembukaan lengkap (rata-rata 0,5 cm per jam). Insiden ini terjadi pada 5 persen persalinan dan pada primigravida insidensinya dua kali lebih besar daripada multigravida (Saifuddin, 2009)

b. Etiologi

Menurut Mochtar (2011), sebab-sebab terjadinya partus lama yaitu:

- 1) Kelainan letak janin
- 2) Kelainan-kelainan panggul
- 3) Kelainan his
- 4) Janin besar atau ada kelainan kongenital
- 5) Primitua
- 6) Ketuban pecah dini

c. Klasifikasi

Kala I lama diklasifikasikan menjadi 2, yaitu:

- 1) Fase Laten Memanjang (*Prolonged latent phase*)

Adalah fase pembukaan serviks yang tidak melewati 3 cm setelah 8 jam inpartu (Saifuddin, 2009)

- 2) Fase aktif memanjang (*Prolonged Active Phase*)

Adalah fase yang lebih panjang dari 12 jam dengan pembukaan serviks kurang dari 1,2 cm per jam pada *primigravida* dan 6 jam

rata-rata 2,5 jam dengan laju dilatasi serviks kurang dari 1,5 cm per jam pada *multigravida* (Oxorn, 2010)

d. Patofisiologi

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kala I lama meliputi kelainan letak janin seperti letak sungsang, letak lintang, presentasi muka, dahi dan puncak kepala, Kelainan panggul seperti pelvis terlalu kecil dan CPD (*cephalopelvic disproportion*), kelainan his seperti *inersia uteri*, *incoordinate uteri action*. Kelainan-kelainan tersebut dapat mengakibatkan pembukaan serviks berjalan sangat lambat, akibatnya kala I menjadi lama (Saifuddin, 2009)

e. Faktor Predisposisi

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya kala I lama antara lain:

1) Kelainan letak janin

Meliputi presentasi puncak kepala, presentasi muka, presentasi dahi, letak sungsang, letak melintang, dan presentasi ganda. Pada kelainan letak janin dapat menyebabkan partus lama dan ketuban pecah dini, dengan demikian mudah terjadi infeksi intrapartum. Sementara pada janin dapat berakibat adanya trauma partus dan hipoksia karena kontraksi uterus terus menerus (Mochtar, 2011).

2) Kelainan his

Menurut Wiknjosastro (2010) kelainan his antara lain :

1. Inertia Uteri

a) Hypotonic uterine contraction

Suatu keadaan dimana kontraksi uterus lebih lama, singkat, dan jarang daripada biasa. Keadaan umum penderita baik, dan rasa nyeri tidak seberapa. Selama ketuban masih utuh umumnya tidak banyak bahaya, baik bagi ibu maupun janin, kecuali jika persalinan berlangsung terlalu lama.

2. Inersia uteri sekunder

Timbul setelah berlangsungnya his kuat untuk waktu yang lama. Karena dewasa ini persalinan tidak dibiarkan berlangsung lama sehingga dapat menimbulkan kelelahan otot uterus, maka inersia sekunder jarang ditemukan, kecuali pada wanita yang tidak diberi pengawasan baik pada waktu persalinan.

3. His terlampau kuat (*hypertonic uterine contraction*)

His yang terlalu kuat dan terlalu efisien menyebabkan persalinan selesai dalam waktu yang singkat. Partus yang sudah selesai kurang dari tiga jam, dinamakan partus presipitatus: sifat his normal, tonus otot di luar his juga biasa, kelainan terletak pada kekuatan his. Bahaya partus presipitatus bagi ibu adalah terjadinya perlukaan luas pada jalan lahir, khususnya serviks uteri, vagina, dan perineum, sedangkan bayi bisa mengalami perdarahan dalam tengkorak karena bagian tersebut mengalami tekanan kuat dalam waktu yang singkat.

4. *Incoordinate uterine action*

Tidak adanya koordinasi antara kontraksi bagian atas, tengah, dan bawah menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan sehingga menyebabkan kala I lama.

5. Kelainan lain

Meliputi pimpinan persalinan yang salah, janin besar atau ada kelainan kongenital, primi tua primer dan sekunder, perut gantung, *grandemulti*, ketuban pecah dini ketika *serviks* masih menutup, keras dan belum mendatar, kecemasan dan ketakutan atau respon stress, pemberian analgetik yang kuat atau terlalu cepat pada persalinan dan pemberian anastesi sebelum fase aktif, ibu bertubuh pendek <150 cm yang biasanya berkaitan dengan malnutrisi, riwayat persalinan terdahulu *sectio caesarea*, *IUFD (Intra Uterine Fetal Death)*, ibu usia muda atau di bawah 17 tahun, adanya derajat plasenta previa yang tidak diketahui, atau adanya masa seperti fibroid yang muncul dari uterus atau serviks (Chapman, 2006; Simkin, 2005; Oxorn, 2010; Liu, 2007)

f. Tanda Klinis

Menurut Mochtar (2011) tanda klinis kala I lama terjadi pada ibu dan juga pada janin meliputi:

- Pada ibu

Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat dan meteorismus. Di daerah lokal sering

dijumpai edema vulva, edema serviks, cairan ketuban yang berbau, terdapat mekonium.

- Pada janin

- 1) Denyut jantung janin cepat/hebat/tidak teratur bahkan negatif;
air ketuban terdapat mekonium, kental kehijau-hijauan, berbau.
- 2) Kaput suksedaneum yang besar.
- 3) Moulage kepala yang hebat.
- 4) Kematian janin dalam kandungan.
- 5) Kematian janin intra partal.

g. Komplikasi pada Ibu dan Janin Akibat Kala I Lama

- Bagi ibu

1. Ketuban pecah dini

Apabila kepala tertahan pada pintu atas panggul, seluruh tenaga dari uterus diarahkan ke bagian membran yang menyentuh os internal. Akibatnya, ketuban pecah dini lebih mudah terjadi infeksi (Wijayarini, 2004).

2. Sepsis Puerperalis

Infeksi merupakan bahaya serius bagi ibu dan janin pada kasus persalinan lama, terutama karena selaput ketuban pecah dini. Bahaya infeksi akan meningkat karena pemeriksaan vagina yang berulang-ulang (Wijayarini, 2004)

3. Ruptur Uterus

Penipisan segmen bawah rahim yang abnormal menimbulkan bahaya serius selama persalinan lama. Jika disproporsi sangat jelas sehingga tidak ada engagement atau penurunan, segmen bawah rahim menjadi sangat teregang, dan dapat diikuti oleh ruptur (Cunningham, 2013)

4. Cedera dasar panggul

Cedera pada otot dasar panggul, persarafan, atau fascia penghubung adalah konsekuensi kelahiran pervaginam yang sering terjadi, terutama apabila pelahirannya sulit (Cunningham, 2013)

5. Dehidrasi

Ibu nampak kelelahan, nadi meningkat, tensi mungkin normal atau telah turun, temperatur meningkat (Manuaba, 2004)

6. Pemeriksaan dalam

Pada pemeriksaan dalam terdapat oedema serviks, dan air ketuban bercampur dengan mekoneum. (Manuaba, 2004)

- Bagi janin

Persalinan dengan kala I lama dapat menyebabkan detak jantung janin mengalami gangguan, dapat terjadi takikardi sampai bradikardi. Pada pemeriksaan dengan menggunakan NST atau OCT menunjukkan asfiksia intrauterin. Dan pada pemeriksaan

sampel darah kulit kepala menuju pada anaerobik metabolisme dan asidosis. Selain itu, persalinan lama juga dapat berakibat adanya kaput suksidaneum yang besar (pembengkakan kulit kepala) seringkali terbentuk pada bagian kepala yang paling dependen, dan molase (tumpang tindih tulang-tulang kranium) pada kranium janin mengakibatkan perubahan bentuk kepala (Hollingworth, 2012 ; Manuaba, 2013 ; Wijayarini, 2004)

h. Diagnosis Penunjang

Oxorn (2010) mengatakan untuk menegakkan diagnosis diperlukan beberapa pemeriksaan penunjang antara lain :

- 1) Pemeriksaan USG untuk mengetahui letak janin.
- 2) Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kadar haemoglobin guna mengidentifikasi apakah pasien menderita anemia atau tidak.
- 3) Pemeriksaan sinar *rontgen* dilakukan jika diagnosis sulit ditegakkan karena terjadi *moulage* yang cukup banyak dan *caput succedaneum* yang besar, pemeriksaan sinar *rontgen* dapat membantu menentukan posisi janin disamping menentukan bentuk dan ukuran panggul.

i. Prognosis

- Bagi ibu

Persalinan lama terutama fase aktif memanjang menimbulkan efek terhadap ibu. Beratnya cedera meningkat dengan semakin lamanya proses persalinan, resiko tersebut naik dengan cepat setelah waktu 24 jam serta terdapat kenaikan insidensi *atonia uteri*, laserasi, perdarahan, infeksi, kelelahan ibu dan syok. Angka kelahiran dengan tindakan yang tinggi semakin memperburuk bahaya bagi ibu (Oxorn, 2010)

- Bagi janin

Oxorn (2010) mengatakan bahwa semakin lama persalinan, semakin tinggi morbiditas serta mortalitas janin dan semakin sering terjadi keadaan berikut ini :

- 1) *Asfiksia* akibat *partus* lama itu sendiri
- 2) Trauma *cerebri* yang disebabkan oleh penekanan pada kepala janin
- 3) Cedera akibat tindakan *ekstraksi* dan rotasi dengan *forceps* yang sulit
- 4) Pecahnya ketuban lama sebelum kelahiran. Keadaan ini mengakibatkan terinfeksi cairan ketuban dan selanjutnya dapat membawa infeksi paru-paru serta infeksi sistemik pada janin membawa akibat yang buruk bagi anak. Bahaya tersebut lebih besar lagi jika kemajuan persalinan pernah

terhenti. Kenyataan ini khususnya terjadi saat kepala bayi macet pada dasar perineum untuk waktu yang lama sementara tengkorak kepala terus terbentur pada panggul ibu.

g. Penatalaksanaan

Menurut Saifuddin (2009), Simkin (2005) dan Oxorn (2010), penanganan umum pada ibu bersalin dengan kala I lama yaitu:

- Nilai keadaan umum, tanda-tanda vital dan tingkat hidrasinya.
- Tentukan keadaan janin:
 1. Periksa DJJ selama atau segera sesudah his, hitung frekuensinya minimal sekali dalam 30 menit selama fase aktif.
 2. Jika terdapat gawat janin lakukan *sectio caesarea* kecuali jika syarat dipenuhi lakukan ekstraksi vacuum atau forceps.
 3. Jika ketuban sudah pecah, air ketuban kehijau-hijauan atau bercampur darah pikirkan kemungkinan gawat janin.
 4. Jika tidak ada air ketuban yang mengalir setelah selaput ketuban pecah, pertimbangkan adanya indikasi penurunan jumlah air ketuban yang dapat menyebabkan gawat janin.
- Perbaiki keadaan umum dengan:
 1. Beri dukungan semangat kepada pasien selama persalinan.
 2. Pemberian intake cairan sedikitnya 2500 ml per hari. Dehidrasi ditandai adanya aseton dalam urine harus dicegah.
 3. Pengosongan kandung kemih dan usus harus

4. Pemberian sedatif agar ibu dapat istirahat dan rasa nyerinya diredakan dengan pemberian analgetik (tramadol atau pethidine 25 mg). Semua preparat ini harus digunakan dengan dosis dan waktu tepat sebab dalam jumlah yang berlebihan dapat mengganggu kontraksi dan membahayakan bayinya.
5. Pemeriksaan rectum atau vaginal harus dikerjakan dengan frekuensi sekecil mungkin. Pemeriksaan ini menyakiti pasien dan meningkatkan resiko infeksi. Setiap pemeriksaan harus dilakukan dengan maksud yang jelas.
6. Apabila kontraksi tidak adekuat
 - Menganjurkan untuk mobilisasi dengan berjalan dan mengubah posisi dalam persalinan.
 - Rehidrasi melalui infus atau minum.
 - Merangsang puting susu.
 - *Acupressure*.
 - Mandi selama persalinan fase aktif.
 - Lakukan penilaian frekuensi dan lamanya kontraksi berdasarkan partograf.

Evaluasi ulang dengan pemeriksaan vaginal tiap 4 jam.

- 1) Apabila garis tindakan dilewati (memotong) lakukan sectio secarea.
- 2) Apabila ada kemajuan evaluasi setiap 2 jam.
- 3) Apabila tidak didapatkan tanda adanya CPD
(*Cephalopelvic disproportion*):

1. Berikan penanganan umum yang kemungkinan akan memperbaiki kontraksi dan mempercepat kemajuan persalinan.
2. Apabila ketuban utuh maka pecahkan ketuban.
3. Apabila kecepatan pembukaan serviks pada waktu fase aktif kurang dari 1 cm per jam lakukan penilaian kontraksi uterus.
4. Lakukan induksi dengan oksitosin drip 5 unit dalam 500 cc *dekstrosa* atau NaCl.
5. Konsultasi dokter jika persalinan tidak ada kemajuan

4) Akselerasi Persalinan

a. Pengertian

Akselerasi persalinan adalah suatu tindakan terhadap ibu hamil inpartu untuk meningkatkan frekuensi, lama, dan kekuatan kontraksi uterus dalam persalinan (Saifuddin, 2006)

b. Indikasi

- Indikasi pada ibu
 1. Pre-eklamsia/eklamsia.
 2. Diabetes melitus.
 3. Kala I lama.
- Indikasi pada janin
 1. Kehamilan lewat waktu.
 2. Ketuban pecah dini.
 3. Kematian janin.

4. Makrosomia janin (Norwitz, 2008)

c. Kontraindikasi

Wiknjosastro (2007) menyatakan kontra indikasi dilakukannya akselerasi persalinan adalah :

- Malposisi dan malpresentasi janin.
- Insufisiensi plasenta.
- Disporposi sefalopelvik.
- Cacat rahim, misalnya pernah mengalami seksio sesarea.
- Grande multipara.
- Distensi rahim yang berlebihan misalnya pada hidramnion.
- Plasenta previa.

d. Metode

Manuaba (2009) menyatakan salah satu metode akselerasi pada persalinan adalah metode drip/infus oksitosin. Menurut *See-Saw Theory*, Prof. I. Scapo dari universitas Washington menyatakan oksitosin dianggap merangsang pengeluaran prostaglandin sehingga terjadi kontraksi otot rahim. Prosedur pemberian oksitosin menurut Wiknjosastro (2007):

- 1) Pantau denyut nadi, tekanan darah, kontraksi ibu hamil, dan periksa denyut jantung janin (DJJ).
- 2) Kaji ulang indikasi.
- 3) Baringkan ibu hamil miring kiri.

- 4) Catat semua pengamatan pada partograf tiap 30 menit, kecepatan infus oksitosin, frekuensi dan lamanya kontraksi, dan denyut jantung janin (DJJ). Dengar DJJ tiap 30 menit, dan selalu langsung setelah kontraksi. Apabila DJJ kurang dari 100 per menit, segera hentikan infus.
- 5) Infuskan oksitosin 2,5 unit dalam 500 ml dekstrose (atau garam fisiologik) mulai dengan 10 tetes per menit.
- 6) Naikkan kecepatan infus 10 tetes per menit tiap 30 menit sampai kontraksi adekuat (3 kali tiap 10 menit dengan lama lebih dari 40 detik) dan pertahankan sampai terjadi kelahiran.
- 7) Jika terjadi hiperstimulasi (lama kontraksi lebih dari 60 detik) atau lebih dari 4 kali kontraksi dalam 10 menit, hentikan infus dan kurangi hiperstimulasi dengan Terbutalin 250 mcg intra vena pelan-pelan selama 5 menit, atau Salbutamol 50 mg dalam 500 ml cairan (garam fisiologik atau Ringer Laktat) 10 tetes per menit.
- 8) Jika tidak tercapai kontraksi yang adekuat (3 kali dalam 10 menit dengan lama lebih dari 40 detik) setelah infus oksitosin mencapai 60 tetes per menit, naikkan konsentrasi oksitosin menjadi 5 unit dalam 500 ml dekstrose (atau garam fisiologik) dan sesuaikan kecepatan infus sampai 30 tetes per menit. Naikkan kecepatan infus 10 tetes/menit tiap 30 menit sampai

kontraksi adekuat (3 kali tiap 10 menit dengan lama lebih dari 40 detik) atau setelah infus oksitosin mencapai 60 tetes / menit.

- 9) Jika masih tidak tercapai kontraksi yang adekuat dengan kontraksi yang lebih tinggi, pada multigravida induksi dianggap gagal, lakukan seksio sesarea. Pada primigravida, infus oksitosin bisa dinaikkan konsentrasinya yaitu 10 unit dalam 500 ml dekstrore (garam fisiologik) 30 tetes/ menit, naikan 10 tetes tiap 30 menit sampai kontraksi adekuat. Jika kontraksi tetap tidak adekuat setelah 60 tetes/menit, lakukan seksio sesarea.

2.1.3 Konsep Dasar Masa Nifas

1. Konsep dasar masa nifas

a. Pengertian masa nifas

Masa nifas adalah masa dimulainya beberapa jam sesudah lahirnya plasenta samapai 6 minggu setelah melahirkan (Menurut Pusdiknakes, 2003 dalam Yanti dan Sundawati, 2011)

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu (Yanti dan Sundawati, 2011)

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil) yang berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Dahlan dan Mansyur, 2014)

Masa nifas adalah akhir dari periode intrapartum yang ditandai dengan lahirnya selaput dan plasenta yang berlangsung sekitar 6 minggu (menurut Varney, 1997 dalam Dahlan dan Mansyur, 2014)

Berdasarkan beberapa pengertian diatas, dapat dijelaskan bahwa amasa nifas adalah masa dimana kembalinya alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang membutuhkan waktu kurang lebih 6 minggu.

b. Tujuan masa nifas

Asuhan yang diberikan kepada ibu nifas bertujuan untuk:

1) Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis ibu dan bayi.

Pemberian asuhan, pertama bertujuan untuk memberi fasilitas dan dukungan bagi ibu yang baru saja melahirkan anak pertama untuk dapat menyesuaikan diri dengan kondisi dan peran barunya sebagai seorang ibu. Kedua, memberi pendampingan dan dukungan bagi ibu yang melahirkan anak kedua dan seterusnya untuk membentuk pola baru dalam keluarga sehingga perannya sebagai ibu tetap terlaksana

dengan baik. Jika ibu dapat melewati masa ini maka kesejahteraan fisik dan psikologis bayi pun akan meningkat (Ambarwati, 2010)

2) Pencegahan, diagnosa dini, dan pengobatan komplikasi

Pemberian asuhan pada ibu nifas diharapkan permasalahan dan komplikasi yang terjadi akan lebih cepat terdeteksi sehingga penanganannya pun dapat lebih maksimal (Ambarwati, 2010)

3) Dapat segera merujuk ibu ke asuhan tenaga bila mana perlu

Pendampingan pada ibu pada masa nifas bertujuan agar keputusan tepat dapat segera diambil sesuai dengan kondisi pasien sehingga kejadian mortalitas dapat dicegah (Ambarwati, 2010)

4) Mendukung dan mendampingi ibu dalam menjalankan peran barunya

Hal ini sangat penting untuk diperhatikan karena banyak pihak yang beranggapan bahwa jika bayi lahir dengan selamat, maka tidak perlu lagi dilakukan pendampingan bagi ibu, beradaptasi dengan peran barunya sangatlah berat dan membutuhkan suatu kondisi mental yang maksimal (Ambarwati, 2010)

5) Mencegah ibu terkena tetanus

Pemberian asuhan yang maksimal pada ibu nifas, diharapkan tetanus pada ibu melahirkan dapat dihindari (Ambarwati, 2010).

- 6) Memberi bimbingan dan dorongan tentang pemberian makan anak secara sehat serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak
- 7) Pemberian asuhan, kesempatan untuk berkonsultasi tentang kesehatan, termasuk kesehatan anak dan keluarga akan sangat terbuka. Bidan akan membuka wawasan ibu dan keluarga untuk peningkatan kesehatan keluarga dan hubungan psikologis yang baik antara ibu, anak, dan keluarga (Ambarwati, 2010)

c. Peran dan tanggung jawab bidan masa nifas

Peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas ini, antara lain:

1) Teman dekat

Awal masa nifas kadang merupakan masa sulit bagi ibu. Oleh karenanya ia sangat membutuhkan teman dekat yang dapat diandalkan dalam mengatasi kesulitan yang dihadapinya. Pola hubungan yang terbentuk antara ibu dan bidan akan sangat ditentukan oleh ketrampilan bidan dalam menempatkan diri sebagai teman dan pendamping bagi

ibu. Jika pada tahap ini hubungan yang terbentuk sudah baik maka tujuan dari asuhan akan lebih mudah tercapai (Ambarwati, 2010)

2) Pendidik

Masa nifas merupakan masa yang paling efektif bagi bidan untuk menjalankan perannya sebagai pendidik. Tidak hanya ibu sebagai ibu, tetapi seluruh anggota keluarga. Melibatkan keluarga dalam setiap kegiatan perawatan ibu dan bayi serta dalam pengambilan keputusan yang berhubungan dengan kesehatan merupakan salah satu teknik yang baik untuk memberikan pendidikan kesehatan (Ambarwati, 2010)

3) Pelaksana asuhan

Dalam menjalankan peran dan tanggung jawabnya, bidan sangat dituntut untuk mengikuti perkembangan ilmu dan pengetahuan yang paling terbaru agar dapat memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien. Penguasaan bidan dalam hal pengambilan keputusan yang tepat mengenai kondisi pasien sangatlah penting, terutama menyangkut penentuan kasus rujukan dan deteksi dini pasien agar komplikasi dapat dicegah (Ambarwati, 2010)

d. Tahap masa nifas

Masa nifas terbagi menjadi 3 tahapan, yaitu :

1) *Puerperium* Dini

Suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan (Sundawati dan Yanti, 2011). Puerperium dini merupakan masa kepulihan. Pada saat ini ibu sudah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (Ambarwati, 2010)

2) *Puerperium Intermedial*

Suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selam kurang lebih 6 minggu (Sundawati dan Yanti, 2011). Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan ala-alat genetalia secara menyeluruh yang lamanya sekitar 6-8 minggu (Ambarwati, 2010)

3) *Remote Puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama ibu bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi (Sundawati dan Yanti, 2011)

Remote puerpartum merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan (Ambarwati, 2010)

e. Kebijakan program nasional masa nifas

Menurut Kemenkes RI (2015), pelayanan kesehatan ibu nifas oleh bidan dan dokter dilaksanakan minimal 3 kali yaitu :

- 1) Kunjungan pertama 6 jam- 3 hari *post partum*.
- 2) Kunjungan kedua 4-28 hari *post partum*.
- 3) Kunjungan ketiga 29-42 hari *post partum*.

Dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak juga dituliskan jenis pelayanan yang dilakukan selama kunjungan nifas diantaranya:

- 1) Melihat kondisi ibu nifas secara umum
- 2) Memeriksa tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, dan nadi
- 3) Memeriksa perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi rahim, tinggi fundus uteri dan memeriksa payudara
- 4) Memeriksa lokia dan perdarahan
- 5) Melakukan pemeriksaan jalan lahir
- 6) Melakukan pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif
- 7) Memberi kapsul vitamin A
- 8) Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan
- 9) Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas
- 10) Memberi nasihat seperti:

- a) Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan.
- b) Kebutuhan air minum ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari.
- c) Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin.
- d) Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat.
- e) Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi.
- f) Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan.
- g) Perawatan bayi yang benar.
- h) Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stres.
- i) Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga.
- j) Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan.

2. Perubahan fisiologis masa nifas

a. Perubahan sistem reproduksi

1. Involusi uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses involusi uterus adalah sebagai berikut (Yanti dan Sundawati, 2011) :

- a) *Iskemia* miometrium. Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relative anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.
- b) *Atrofi* jaringan. Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormone estrogen saat pelepasan plasenta.
- c) *Autolysis* Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekan jaringan otot yang telah mengendur sehingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormone estrogen dan progesterone.
- d) Efek oksitosin. Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah dan mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat

implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan (Yanti dan Sundawati, 2011)

Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil.

Tabel 2.6 Perubahan-Perubahan Normal Pada Uterus Selama Postpartum

Involusi Uteri	Tinggi Fundus uteri	Berat Uterus (gram)	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350	5 cm
6 minggu	Normal	60	2,5 cm

Sumber : Yanti dan Sundawati, 2011.

2) Involusi tempat plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah placenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhirnya minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru dibawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi

plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidu basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta sehingga terkelupas dan tidak dipakai lagi pada pembuangan lochia (Yanti dan Sundawati, 2011)

3) Perubahan ligament

Setelah bayi lahir, ligament dan difragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali sepele sedia kala. Perubahan ligament yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain : ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi, ligamen fasia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur (Yanti dan Sundawati, 2011)

4) Perubahan serviks

Segara setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulasi dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi dilahirkan, tangan pemeriksa masih dapat dimasukan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja

yang dapat masuk. Oleh karena hiperpalpasi dan retraksi serviks, robekan serviks dapat sembuh. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama waktu sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar, tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya (Yanti dan Sundawati, 2011)

5) *Lochea*

Akibat involusi uteri, lapisan luar desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa-sisa cairan. Pencampuran antara darah dan desidua inilah yang dinamakan lochia. Reaksi basa/alkalis yang membuat organism berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochia mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda setiap wanita. Lochia dapat dibagi menjadi lochia rubra, sanguinolenta, serosa dan alba.

Tablel 2.7 Perbedaan Masing-masing Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah.
Sanguinolenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah dan lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari

			leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber : Yanti dan Sundawati, 2011.

6) Perubahan vulva, vagina dan perineum

Selama proses persalinan vulva, vagina dan perineum mengalami penekanan dan peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini akan kembali dalam keadaan kendur. *Rugae* timbul kembali pada minggu ketiga. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. (Yanti dan Sundawati, 2011)

Perubahan pada perineum terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan secara spontan ataupun mengalami episiotomi dengan indikasi tertentu. Meski demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu (Yanti dan Sundawati, 2011)

b. Perubahan sistem pencernaan

Sistem gastrotinal selama hamil dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesterone yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesterone juga

mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan 3-4 hari untuk kembali normal (Yanti dan sundawati, 2011).

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan sistem pencernaan antara lain (Yanti dan sundawati, 2011) :

1) Nafsu makan

Pasca melahirkan ibu biasanya merasa lapar, dan diperbolehkan untuk makan. Pemulihan nafsu makan dibutuhkan 3 samapi 4 hari sebelum faal usus kembali normal. Messkipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

2) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengambilan tonus dan motilitas ke keadaan normal.

3) Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum. Diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. System

pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain: Pemberian diet/makanan yang mengandung serat; Pemberian cairan yang cukup; Pengetahuan tentang pola eliminasi; Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir; Bila usaha di atas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian huknah atau obat yang lain.

c. Perubahan sistem perkemihan

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan (Yanti dan Sundawati, 2011)

Hal yang berkaitan dengan fungsi sistem perkemihan, antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011) :

1) Hemostasis internal

Tubuh, terdiri dari air dan unsure-unsur yang larut di dalamnya, dan 70 persen dari cairan tubuh terletak di dalam sel-sel, yang disebut dengan cairan intraseluler.

Cairan ekstraseluler terbagi dalam plasma darah, dan langsung diberikan untuk sel-sel yang disebut cairan interstisial. Beberapa hal yang berkaitan dengan cairan tubuh antara lain edema dan dehidrasi. Edema adalah tertimbunnya cairan dalam jaringan akibat gangguan keseimbangan cairan dalam tubuh. Dehidrasi adalah kekurangan cairan atau volume tubuh.

2) Keseimbangan asam basa tubuh

Keasaman dalam tubuh disebut pH. Batas normal pH cairan tubuh adalah 7,35-7,40. Bila $pH > 7,4$ disebut alkalosis dan jika $pH < 7,35$ disebut asidosis.

3) Pengeluaran sisa metabolisme racun dan zat toksin ginjal

Zat toksin ginjal mengekskresikan hasil akhir dari metabolisme protein yang mengandung nitrogen terutama urea, asam urat dan kreatini. Ibu post partum dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak mengganggu proses involusi uteri dan ibu merasa nyaman. Namun demikian, pasca melahirkan ibu merasa sulit buang air kecil. Hal yang menyebabkan kesulitan buang air kecil pada ibu post partum, antara lain :

- a) Adanya oedem *trigonium* yang menimbulkan obstruksi sehingga terjadi retensi urin.

b) *Diaphoresis* yaitu mekanisme tubuh untuk mengurangi cairan yang retensi dalam tubuh, terjadi selama 2 hari setelah melahirkan.

c) Depresi dari sfingter uretra oleh karena penekanan kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfingter ani selama persalinan, sehingga menyebabkan miksi.

Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen akan menurun, hilangnya peningkatan volume darah akibat kehamilan, hal ini merupakan mekanisme tubuh untuk mengatasi kelebihan cairan. Keadaan ini disebut diuresis pasca partum. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urin menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa pasca partum. Pengeluaran kelebihan cairan yang tertimbun selama hamil kadang-kadang disebut kebalikan metabolisme air pada masa hamil. Bila wanita pasca salin tidak dapat berkemih selama 4 jam kemungkinan ada masalah dan segeralah memasang *dower* kateter selama 24 jam. Kemudian keluhan tidak dapat berkemih dalam waktu 4 jam, lakukan keteterisasi dan bila jumlah residu > 200 ml maka kemungkinan ada gangguan proses urinasinya. Maka kateter tetap terpasang dan dibuka 4 jam kemudian,

lakukan kateterisasi dan bila jumlah residu < 200 ml, kateter dibuka dan pasien diharapkan dapat berkemih seperti biasa.

d. Perubahan sistem muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah, adaptasinya mencakup: peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas. Namun demikian, pada saat post partum system musculoskeletal akan berangsur-angsur pulih kembali. Ambulasi dini dilakukan segera setelah melahirkan, untuk membantu mencegah komplikasi dan mempercepat involusi uteri (Yanti dan Sundawati, 2011). Adapun sistem muskuloskeletal pada masa nifas, meliputi :

1) Dinding perut dan peritoneum

Dinding perut akan longgar pasca persalinan. Keadaan ini akan pulih kembali dalam 6 minggu. Pada wanita yang athenis terjadi diatasis dari otot-otot rectus abdominis, sehingga sebagian dari dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari peritoneum, fasia tipis dan kulit.

2) Kulit abdomen

Selama masa kehamilan, kulit abdomen akan melebar, melonggar dan mengendur hingga berbulan-bulan. Otot-

otot dari dinding abdomen akan kembali normal kembali dalam beberapa minggu pasca melahirkan dalam latihan post natal.

3) *Strie*

Strie adalah suatu perubahan warna seperti jaringan parut pada dinding abdomen. *Strie* pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar. Tingkat distasis musculus rektus abdominis pada ibu post partum dapat di kaji melalui keadaan umu, aktivitas, paritas dan jarak kehamilan, sehingga dapat membantu menentukan lama pengembalian tonus otot menjadi normal.

4) Perubahan ligamen

Setelah janin lahir, ligament-ligamen, diafragma pelvis dan vasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus berangsur-angsur menciut kembali seperti sedia kala.

5) Simpisis pubis

Pemisahan simpisis pubis jarang terjadi, namun demikian, hal ini dapat menyebabkan morbiditas maternal. Gejala dari pemisahan pubis antara lain : nyeri tekan pada pubis disertai peningkatan nyeri saat bergerak di tempat tidur ataupun waktu berjalan. Pemisahan simpisis dapat di palpasi, gejala ini dapat menghilang dalam beberapa

minggu atau bulan pasca melahirkan, bahkan ada yang menetap.

e. Sistem endokrin

Selama masa kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin. Hormon-hormon yang berperan pada proses tersebut, antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011):

1) Hormon plasenta

Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan hormone yang diproduksikan oleh plasenta. Hormone plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan. Penurunan hormone plasenta (human placenta lactogen) menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam sehingga hari ke 7 post partum dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke 3 post partum.

2) Hormon pituitary

Hormon pituitary antara lain : hormone prolaktin, FSH dan LH. Hormon prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. Hormone prolaktin berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. FSH dan LH

meningkat pada fase konsentrasi folikel pada minggu ke 3 dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3) Hipotalamik pituitary ovarium

Hipotalamik pituitary ovarium akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita yang menyusui maupun yang tidak menyusui. Pada wanita menyusui mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca salin berkisar 16 persen dan 45 persen setelah 12 minggu pasca salin. Sedangkan pada wanita yang tidak menyusui, akan mendapatkan menstruasi berkisar 40 persen setelah 6 minggu pasca melahirkan dan 90 persen setelah 24 minggu.

4) Hormon oksitosin

Hormon oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang, berkerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ke 3 persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan ekresi oksitosin, sehingga dapat membantu involusi uteri.

5) Hormon estrogen dan progesteron

Volume darah selama kehamilan, akan meningkat. Hormon estrogen yang tinggi memperbesar hormone anti diuretic yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan hormone progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum serta vulva dan vagina.

f. Perubahan tanda-tanda vital

Pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011):

1) Suhu badan

Suhu wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 °C. pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang dari 0,5 °C dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan ini akibat dari kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan maupun kelelahan. Kurang lebih pada hari ke-4 post partum suhu akan naik lagi. Hal ini diakibatkan adanya pembentukan ASI, kemungkinan payudara membengkak, maupun kemungkinan infeksi pada endometrium, mastitis, traktus

genitalia ataupun sistem lain. Apabila kenaikan suhu diatas 38°C , waspada terhadap infeksi post partum.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 sampai 80 kali permenit. Pasca melahirkan denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali permenit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

3) Tekanan darah

Tekanan darah adalah tekanan yang dialami oleh pembuluh arteri ketika darah dipompa oleh jantung ke seluruh tubuh manusia. Tekanan darah normal manusia adalah sitolik antara 90 -120 mmHg dan distolik 60-80 mmHg. Pasca melaahirkan pada kasus normal, tekanan darah biasanya tidak berubah. Perubahan tekanan darah lebih rendah pasca melahirkan bisa disebabkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pada post partum merupakan tanda terjadinya pre eklampsia post partum.

4) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16 samapi 20 kali permenit. Pada ibu post partum umumnya bernafas lambat dikarenakan ibu dalam tahap pemulihan atau dalam kondidi istirahat. Keadaan bernafas

selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan kusus pada saluran nafas. Bila bernasar lebih cepat pada post partum kemungkinan ada tanda-tanda syok.

g. Perubahan Fisiologis Pada Sistem Kardiovaskuler

Menurut Maritalia (2014) setelah janin dilahirkan, hubungan sirkulasi darah tersebut akan terputus sehingga volume darah ibu relatif akan meningkat. Keadaan ini terjadi secara cepat dan mengakibatkan beban kerja jantung sedikit meningkat. Namun hal tersebut segera diatasi oleh sistem homeostatis tubuh dengan mekanisme kompensasi berupa timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah akan kembali normal. Biasanya ini terjadi sekitar 1 sampai 2 minggu setelah melahirkan.

Kehilangan darah pada persalinan pervaginam sekitar 300-400 cc, sedangkan kehilangan darah dengan persalinan seksio sesar menjadi dua kali lipat. Perubahan yang terjadi terdiri dari volume darah dan heokonsentrasi. Pada persalinan pervaginam, hemokonsentrasi cenderung naik dan pada persalinan *seksio sesaria*, hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu (Yanti dan Sundawati, 2011)

h. Perubahan sistem hematologi

Menurut Nugroho dkk (2014) pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah.

Menurut Nugroho dkk (2014) jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama post partum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik lagi sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.

Menurut Nugroho dkk (2014) pada awal post partum, jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml, minggu pertama post partum berkisar 500-800 ml dan selama sisa nifas berkisar 500 ml.

3. Proses adaptasi psikologis ibu masa nifas

a) Adapasi

Pada periode ini kecemasan wanita dapat bertambah. Pengalaman yang unik dialami oleh ibu setelah persalinan. Masa nifas merupakan masa yang rentan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Perubahan peran seorang ibu

memerlukan adaptasi. Tanggung jawab ibu mulai bertambah. Hal-hal yang dapat membantu ibu dalam adaptasi masa nifas adalah sebagai berikut (Yanti dan Sundawati, 2011): Fungsi menjadi orangtua; Respon dan dukungan dari keluarga; Riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan; Harapan, keinginan dan aspirasi saat hamil dan melahirkan.

Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011):

a) Fase *taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan, yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mules, nyeri pada luka jahitan, kurang tidur, kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini adalah istirahat cukup, komunikasi dan asupan nutrisi yang baik.

Gangguan psikologis yang dapat dialami pada fase ini, antara lain: Kekecewaan pada bayinya; Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami; Rasa bersalah karena belum menyusui bayinya; Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayi.

b) Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3- 10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidak mampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitive dan lebih cepat tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya. Tugas bidan antar lain : mengajarkan cara perawatan bayi, cara menyusui yang benar, cara perawatan luka jahitan, senam nifas, pendidikan kesehatan gizi, istirahat, kebersihan dan lain-lain.

c) Fase *letting go*

Fase ini adalah fase menerima tanggung jawab akan peranbarunya. Fase ini berlangsung pada hari ke 10 setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Terjadi peningkatan akan peratan diri dan bayinya. Ibu merasa percaya diri akan peran barunya, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan bayi dan dirinya. Hal-hal yang harus dipenuhi selama nifas adalah sebagai berikut : Fisik. istirahat, asupan gizi, lingkungan bersih.; Psikologi. Dukungan dari keluarga sangat diperlukan

: Sosial. Perhatian, rasa kasih sayang, menghibur ibu saat sedih dan menemani saat ibu merasa kesepian; Psikososial.

b) Post partum *blues*

Keadaan ini adalah keadaan dimana ibu merasa sedih dengan bayinya. Penyebabnya antara lain : perubahan perasaan saat hamil, perubahan fisik dan emosional. Perubahan yang ibu alami akan kembali secara perlahan setelah beradaptasi dengan peran barunya. Gejala *baby blues* antara lain : Menangis ; Perubahan perasaan; Cemas; Kesepian; Khawatir dengan bayinya; Penurunan libido; Kurang percaya diri .

Hal-hal yang disarankan pada ibu sebagai berikut : Mintabantuan suami atau keluarga jika ibu ingin beristirahat; Beritahu suami tentang apa yang dirasakan ibu; Buang rasa cemas dan khawatir akan kemampuan merawat bayi; Meluangkan waktu dan cari hiburan untuk diri sendiri. Adapun gejala dari depresi post partum antara lain: Sering menangis; Sulit tidur; Nafsu makan hilang ; Gelisah ; Perasaan tidak berdaya atau hilang control; Cemas atau kurang perhatian pada bayi; Tidak menyukai atau takut menyentuh bayi; Pikiran menakutkan mengenai bayi; Kurang perhatian terhadap penampilan dirinya sendiri; Perasaan bersalah dan putus

harapan (*hopeless*); Penurunan atau peningkatan berat badan; Gejala fisik, seperti sulit nafas atau perasaan berdebar-debar.

Jika ibu mengalami gejala-gejala di atas segeralah memberitahukan suami, bidan atau dokter. Penyakit ini dapat disembuhkan dengan obat-obatan atau konsultasi dengan psikiater. Perawatan dirumah sakit akan diperlukan apabila ibu mengalami depresi berkepanjangan. Beberapa intervensi yang dapat membantu ibu terhindar dari depresi post partum adalah :

- : Pelajari diri sendiri; Tidur dan makan yang cukup; Olahraga;
- Hindari perubahan hidup sbelum atau sesudah melahirkan;
- Beritahu perasaan anda; Dukungan keluarga dan orang lain ;
- Persiapan diri yang baik; Lakukan pekerjaan rumah tangga ;
- Dukungan emosional; Dukungan kelompok depresi post partum
- ; Bersikap tulus ikhlas dalam menerima peran barunya.

c) Postpartum psikologis

Postpartum psikosa adalah depresi yang terjadi pada minggu pertama dalam 6 minggu setelah melahirkan. Meskipun psikosis pada masa nifas merupakan sindrom pasca partum yang sangat jarang terjadi, hal itu dianggap sebagai gangguan jiwa paling berat dan dramatis yang terjadi pada periode pascapartum. Gejala postpartum psikosa meliputi perubahan suasana hati, perilaku yang tidak rasional ketakutan dan kebinguangn karena ibu kehilangan kontak realitas secara

cepat. Saran kepada penderita yaitu : beristirahat cukup, mengkonsumsi makanan dengan gizi yang seimbang, bergabung dengan orang – orang yang baru, berbagi cerita dengan orang yang terdekat, bersikap fleksibel (Maritalia, 2014)

d) Kesedihan dan duka cita

Berduka yang paling besar adalah disebabkan kematian karena kematian bayi meskipun kematian terjadi saat kehamilan. Bidann harus memahani psikologis ibu dan ayah untuk membantu mereka melalui pasca beduka dengan cara yang sehat (Yanti dan Sundawati, 2011)

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi masa nifas dan menyusui

a. Faktor fisik

Kelelahan fisik karena aktivitas mengasuh bayi, menyusui, memandikan, mengganti popok, dan pekerjaan setiap hari membuat ibu kelelahan, apalagi jika tidak ada bantuan dari suami atau anggota keluarga lain (Sulistyawati, 2009)

b. Faktor psikologis

Berkurangnya perhatian keluarga, terutama suami karena semua perhatian tertuju pada anak yang baru lahir. Padahal selesai persalinan ibu merasa kelelahan dan sakit pasca persalinan membuat ibu membutuhkan perhatian.

Kecewa terhadap fisik bayi karena tidak sesuai dengan pengrapan juga bisa memicu *baby blue* (Sulistyawati, 2009)

c. Faktor lingkungan, sosial, budaya dan ekonomi

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan memengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini. Apalagi jika ada hal yang tidak sinkron antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang dianut. Dalam hal ini, bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan yang harus diberikan. Keterlibatana keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan (Sulistyawati, 2009)

Faktor lingkungan yang paling mempengaruhi status kesehatan masyarakat terutama ibu hamil, bersalin, dan nifas adalah pendidikan. Jika masyarakat mengetahui dan memahami hal-hal yang memepengaruhi status kesehatan tersebut maka diharapkan masyarakat tidak dilakukan kebiasaan atau adat istiadat yang merugikan kesehatan khususnya ibu hamil, bersalin, dan nifas.

Status ekonomi merupakan simbol status sosial di masyarakat. Pendapatan yang tinggi menunjukkan kemampuan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan nutrisi yang

memenuhi zat gizi untuk ibu hamil. Sedangkan kondisi ekonomi keluarga yang rendah mendorong ibu nifas untuk melakukan tindakan yang tidak sesuai dengan kebutuhan kesehatan (Sulistyawati, 2009)

d. Kesedihan dan duka cita

Kesedihan adalah reaksi emosi, mental dan fisik dan sosial yang normal dari kehilangan suatu yang dicintai dan diharapkan. Berduka yang paling besar adalah disebabkan karena kematian bayi meskipun kematian terjadi saat kehamilan. Bidan harus memahami psikologis ibu dan ayah untuk membantu mereka melalui pasca berduka dengan cara yang sehat.

Berduka adalah respon psikologis terhadap kehilangan. Proses berduka terdiri dari tahap atau fase identifikasi respon tersebut. Berduka adalah proses normal, dan tugas berduka penting agar berduka tetap normal. Kegagalan untuk melakukan tugas berduka, biasanya disebabkan keinginan untuk menghindari nyeri yang sangat berat dan stress serta ekspresi yng penuh emosi. Seringkali menyebabkan reaksi berduka abnormal atau patologis. Tahap-tahap berduka yaitu syok, berduka, dan resolusi (Yanti dan Sundawati, 2011)

5. Kebutuhan dasar ibu masa nifas

a. Nutrisi

Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi air susu. Zat-zat yang dibutuhkan ibu pasca persalinan antara lain :

1) Kalori

Kebutuhan kalori pada masa menyusui sekitar 400 -500 kalori. Wanita dewasa memerlukan 1800 kalori per hari. Sebaliknya ibu nifas jangan mengurangi kebutuhan kalori, karena akan mengganggu proses metabolisme tubuh dan menyebabkan ASI rusak.

2) Kalsium dan vitamin D

Kalsium dan vitamin D berguna untuk pembentukan tulang dan gigi, kebutuhan kalsium dan vitamin D dapat dari minum susu rendah kalori atau berjamur di pagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi per hari. Satu setara dengan 50-60 gram keju, satu cangkir susu krim, 160 gram ikan salmon, 120 gram ikan sarden, atau 280 gram tahu.

3)Magnesium

Magnesium dibutuhkan sel tubuh untuk emmbantu gerak otot, fungsi syaraf dan memperkuat tulang. Kebutuhan magnesium didapat pada gandum dan kacang-kacangan.

4)Sayuran hijau dan buah

Kebutuhan yang diperlukan setidaknya tiga porsi sehari. Satu porsi setara dengan 1/8 semangka, ¼ mangga, ¾ cangkir brokoli, ½ wortel, ¼- ½ cangkir sayuran hijau yang telah dimasak, satu tomat.

5)Karbohidrat

Selama menyusui, kebutuhan karboidrat kompleks diperlukan enam porsi perhari. Satu porsi setara ddengan ½ cangkir nasi, ¼ cangkir jagung pipi, satu porsi sereal atau oat, satu iris roti dari bijian utuh, ½ kue maffin dri bijian utuh, 2-6 biskuit kering atau crackers, ½ cangkir kacang-kacangan, 2/3 cangkir kacang koro, atau 40 gram mi/pasta dari bijian utuh.

6)Lemak

Rata-rata kebutuhan lemak orang dewasa adalah 41/2 porsi lemak (14 gram porsi) perharinya. Satu porsi lemak sama dengan 80 gram keju, tiga sendok makan kacang tanah atau kenari, empat sendok makan krim, secangkir es krim, ½ buah alpukat, 2 sendok makan selai kacang, 120-140 gram daging tanpa lemak, Sembilan kentang goreng, 2 iris cake, satu

sendok makan mayones atau mentega, atau 2 sendok makan salad.

7)Garam

Selama periode nifas, hindari konsumsi garam berlebihan. Hindari makanan asin.

8)Cairan

Konsumsi cairan sebanyak 8 gelas per hari. Minum sedikitnya 3 liter tiap hari. Kebutuhan akan cairan diperoleh dari air putih, sari buah, susu dan sup.

9)Vitamin

Kebutuhan vitamin selama menyusui sangat dibutuhkan. Vitamin yang diperlukan antara lain : Vitamin A yang berguna bagi kesehatan kulit, kelenjar serta mata. Vitamin A terdapat dalam telur, hati dan keju. Jumlah yang dibutuhkan adalah 1.300 mcg; Vitamin B6 membantu penyerapan protein dan meningkatkan fungsi syaraf. Asupan vitamin B6 sebanyak 2,0 mg per hari. Vitain B6 dapat ditemui did aging, hati, padi-padian, kacang polong dan kentang; Vitamin E berfungsi sebagai antioksidan, meningkatkan stamina dan daya tahan tubuh. Terdapat dalam makanan berserat, kacang-kacangan, minyak nabati dan gandum.

10) *Zinc* (seng)

Berfungsi untuk kekebalan tubuh, penyembuh luka dan pertumbuhan. Kebutuhan zinc di dapat dalam daging, telur dan gandum. Enzim dalam pencernaan dan metabolisme memerlukan seng. Kebutuhan seng setiap hari sekitar 12 mg. sumber seng terdapat pada seafood, hati dan daging.

11) *DHA*

DHA penting untuk perkembangan daya lihat dan mental bayi, asupan *DHA* berpengaruh langsung pada kandungan dalam ASI. Sumber *DHA* ada pada telur, otak, hati dan ikan.

b. Ambulasi

Setelah bersalin, ibu akan merasa lelah. Oleh karena itu, ibu harus istirahat. Mobilisasi yang akan dilakukan pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhan luka. Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu post partum diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan. Keuntungan ambulasi dini adalah (Yanti dan Sundawati, 2011) : Ibu merasa lebih sehat dan kuat; Fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik ; Memungkinkan untuk mengajarkan

perawatan bayi pada ibu; Mencegah trombotik pada pembuluh tungkai; Sesuai dengan keadaan Indonesia (sosial ekonomis).

c. Eliminasi

1) Miksi

Buang air kecil sendiri sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam. Kesulitan BAK dapat disebabkan karena sfingter uretra tertekan oleh kepala janin dan spesmen oleh iritasi muskulo sfingter ani selama persalinan. Lakukan keteterisasi apabila kandung kemih penuh dan sulit berkemih (Yanti dan Sundawati, 2011)

2) Defekasi

Ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3-4 hari post partum. Apabila mengalami kesulitan BAB, lakukan diet teratur ; cukup cairan, konsumsi makanan berserat, olahraga, berikan obat perangsang per oral/ rektal atau lakukan klisma bilamana perlu (Yanti dan Sundawati, 2011)

d. Kebersihan diri atau perineum

Kebutuhan diri berguna mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Kebersihan diri meliputi kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur maupun lingkungan. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu post partum dalam menjaga kebersihan diri, adalah sebagai berikut : Mandi teratur

minimal 2 kali sehari; Mengganti pakaian dan alas tempat tidur; Menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal; Melakukan perawatan perineum; Mengganti pembalut minimal 2 kali sehari; Mencuci tangan setiap membersihkan daerah genitalia (Yanti dan Sundawati, 2011)

e. Istirahat

Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Hal-hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya antara lain : Anjurkan ibu untuk cukup istirahat ; Sarankan ibu untuk melakukanmkegiatan rumah tangga secara perlahan; Tidur siang atau istirahat saat bayi tidur. Kurang istirahat dapat menyebabkan : Jumlah ASI berkurang; Memperlambat proses involusi uteri; Menyebabkan deperesi dan ketidak mampuan dalam merawat bayi (Yanti dan Sundawati, 2011)

f. Seksual

Hubungan seksual aman dilakukan begitu darah berhenti. Namun demikian hubungan seksual dilakukan tergantung suami istri tersebut. Selama periode nifas, hubungan seksual juga dapat berkurang. Hal yang dapat menyebabkan pola seksual selama masa nifas berkurang antara lain: Gangguan atau ketidaknyamanan fisik; Kelelahan;

Ketidakseimbangan berlebihan hormon; Kecemasan berlebihan (Yanti dan Sundawati, 2011)

Program Keluarga Berencana sebaiknya dilakukan ibu setelah masa nifas selesai atau 40 hari (6 minggu), dengan tujuan menjaga kesehatan ibu. Pada saat melakukan hubungan seksual sebaiknya perhatikan waktu, penggunaan kontrasepsi, dipareuni, kenikmatan dan kepuasan pasangan suami istri. Beberapa cara yang dapat mengatasi kemesraan suami istri setelah periode nifas antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011):
Hindari menyebut ayah dan ibu; Mencari pengasuh bayi; Membantu kesibukan istri; Menyempatkan berkencan; Meyakinkan diri; Bersikap terbuka; Konsultasi dengan ahlinya

g. Latihan atau senam nifas

Organ-organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Hal ini dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengahaei kesepuluh. Beberapa factor yang menentukan kesiapan ibu untuk memulai senam nifas antara lain : Tingkat keberuntungan tubuh ibu; Riwayat persalinan; Kemudahan bayi dalam peemberian asuhan ; Kesulitan adaptasi post partum (Yanti dan Sundawati, 2011)

Tujuan senam nifas adalah sebagai berikut :
 Membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu; Mempercepat proses involusi uteri; Membantu memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan perineum; Memperlancar pengeluaran lochea; Membantu mengurangi rasa sakit ; Merelaksasikan otot-otot yang menunjang proses kehamilan dan persalinan; Mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas (Yanti dan Sundawati, 2011)

Manfaat senam nifas antara lain : Membantu memperbaiki sirkulasi darah; Memperbaiki sikap tubuh dengan punggung pasca salin; Memperbaiki dan memperkuat otot panggul ; Membantu ibu lebih relaks dan segar pasca persalinan(Yanti dan Sundawati, 2011)

Senam nifas dilakukan saat ibu benar-benar pulih dan tidak ada komplikasi dan penyulit pada masa nifas atau antara waktu makan. Sebelum melakukan senam nifas, persiapan yang dapat dilakukan adalah: Mengenakan baju yang nyaman untuk olahraga; Minum banyak air putih ; Dapat dilakukan di tempat tidur; Dapat diiringi musik; Perhatikan keadaan ibu (Yanti dan Sundawati, 2011)

6. Respon orang tua terhadap bayi baru lahir

a. *Bounding attachment*

1) Pengertian

Interaksi orangtua dan bayi secara nyata, baik fisik, emosi, maupun sensori pada beberapa menit dan jam pertama segera bayi setelah lahir (Menurut Klause dan Kennel, 1983 dalam Yanti dan Sundawati, 2011)

Bounding dimulainya interaksi emosi sensorik fisik antara orang tua dan bayi segera setelah lahir; *attachment* yaitu ikatan yang terjalin antara individu yang meliputi pencurahan perhatian, yaitu hubungan emosi dan fisik yang akrab (Menurut Nelson, 1986 dalam Yanti dan Sundawati, 2011)

Dengan kata lain *bounding attachment* adalah proses membangun ikatan kasih sayang antara ibu dan bayi melalui sentuhan, belaian dan dengan tepat dapat disalurkan melalui pemberian ASI eksklusif.

2) Tahap-tahap *bounding attachment*: Perkenalan (*acquaintance*), dengan melakukan kontak mata, menyentuh, berbicara dan mengeksplorasi segera setelah mengenal bayinya; *Bounding* (keterikatan); *Attachment*, perasaan sayang yang mengikat individu dengan individu lain

3) Elemen-elemen *bounding attachment*

a) Sentuhan

Sentuhan, atau indera peraba, di pakai secara ekstensif oleh orang tua atau pengasuh lain sebagai suatu sarana untuk mengenali bayi baru lahir dengan cara mengeksplorasi tubuh bayi dengan ujung jarinya.

b) Kontak mata

Ketika bayi baru lahir atau secara fungsional mempertahankan kontak mata, orangtua dan bayi akan menggunakan lebih banyak waktu untuk saling memandang. Beberapa ibu mengatakan, dengan melakukan kontak mata mereka merasa lebih dekat dengan bayinya (Yanti dan Sundawati, 2011)

c) Suara

Saling mendengar dan merespon suara antara orangtua dengan bayinya juga penting. Orangtua menunggu tangisan pertama bayinya dengan tenang.

d) Aroma

Ibu mengetahui bahwa setiap anak memiliki aroma yang unik (Yanti dan Sundawati, 2011)

e) *Entertainment*

Bayi baru lahir bergerak-gerak sesuai dengan struktur pembicaraan orang dewasa. Mereka menggoyang tangan,

mengangkat kepala, menendang-nendang kaki seperti sedang berdansa mengikuti nada suara orangtuanya. Entertainment terjadi saat anak mulai berbicara. Irama ini berfungsi memberi umpan balik positif kepada orangtua dan menegakkan suatu pola komunikasi efektif yang positif.

f) Bioritme

Anak yang belum lahir atau baru lahir dapat dikatakan senada dengan ritme alamiah ibunya. Untuk itu, salah satu tugas bayi yang baru lahir ialah membentuk ritme personal (*bioritme*). Orangtua dapat membantu proses ini dengan memberi kasih sayang yang konsisten dan dengan memanfaatkan waktu saat bayi mengembangkan perilaku yang responsif. Hal ini meningkatkan interaksi sosial dan kesempatan bayi untuk belajar.

g) Kontak dini. Saat ini, tidak ada bukti- bukti alamiah yang menunjukkan bahwa kontak dini setelah lahir merupakan hal yang penting untuk hubungan orangtua-anak.

b. Respon ayah dan keluarag

1) Respon positif

Adapun beberapa respon positif ayah menurut Yanti dan Sundawati (2011) adalah : Ayah dan keluarga menyambut kelahiran bayinya dengan bahagia; Ayah bertambah giat

bekerja untuk memenuhi kebutuhan bayi dengan baik; Ayah dan keluarga melibatkan diri dalam perawatan bayi; Perasaan sayang terhadap ibu yang telah melahirkan bayi.

2) Respon negatif

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) respon negatif dari seorang ayah adalah : Kelahiran bayi yang tidak diinginkan keluarga karena jenis kelamin yang tidak sesuai keinginan; Kurang bahagia karena kegagalan KB; Perhatian ibu pada bayi yang berlebihan yang menyebabkan ayah kurang mendapat perhatian; Factor ekonomi mempengaruhi perasaan kurang senang atau kekhawatiran dalam membina keluarga karena kecemasan dalam biaya hidupnya; Rasa malu baik bagi ibu dan keluarga karena anak lahir cacat; Anak yang di lahirkan merupakan hasil berbuat zina, sehingga menimbulkan rasa malu dan aib bagi keluarga.

c. *Sibling rivalry*

1) Pengertian

Menurut Yanti dan Sundawati (2011) *sibling rivalry* adalah kecemburuan, persaingan dan pertengkaran saudara laki-laki dan saudara perempuan. Hal ini terjadi pada semua orangtua yang mempunyai dua anak atau lebih.

Menurut Mansyur dan Dahlan, 2014 *sibling rivalry* adalah adanya rasa persaingan saudara kandung terhadap kelahiran adiknya.

2) Penyebab *sibling rivalry*

Banyak faktor yang menyebabkan *sibling rivalry*, antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011) :

- a) Masing-masing anak bersaing untuk menentukan pribadi mereka, sehingga ingin menunjukkan pada saudara mereka.
- b) Anak merasa kurang mendapatkan perhatian, disiplin dan mau mendengarkan dari orang tua mereka.
- c) Anak-anak merasa hubungan dengan keluarga dengan orang tua mereka terancam oleh kedatangan anggota keluarga baru/bayi.
- d) Tahap perkembangan anak baik fisik maupun emosi yang dapat mempengaruhi proses kedewasaan dan perhatian satu sama lain.
- e) Anak frustrasi karena merasa lapar, bosan atau letih sehingga memulai pertengkaran.
- f) Kemungkinan anak tidak tahu cara untuk mendapatkan perhatian atau memulai permainan dengan saudara mereka.
- g) Dinamika keluarga dalam memainkan peran.

- h) Pemikiran orang tua tentang agresi dan pertengkaran anak yang berlebihan dalam keluarga adalah normal.
- i) Tidak memiliki waktu untuk berbagi, berkumpul bersama dengan anggota keluarga.
- j) Orangtua mengalami stress dalam menjalani kehidupan.
- k) Anak-anak mengalami stress dalam kehidupannya.
- l) Cara orangtua memperlakukan anak dan menangani konflik yang terjadi pada mereka.

3) Mengatasi *sibling rivalry*

Beberapa hal yang perlu diperhatikan orang tua untuk mengatasi *sibling rivalry* sehingga anak dapat bergaul dengan baik, antara lain (Yanti dan Sundawati, 2011) :

- a) Tidak membandingkan antara anak satu sama lain.
- b) Membiarkan anak menjadi diri pribadi sendiri.
- c) Menyukai bakat dan keberhasilan anak-anak anda.
- d) Membuat anak-anak mampu berkerja sama dari pada bersaing antara satu sama lain.
- e) Memberikan perhatian setiap setiap waktu atau pola lain ketika konflik biasa terjadi.
- f) Mengajarkan anak-anak cara positif untuk mendapatkan perhatian dari satu sama lain.

- g) Bersikap adil sangat penting, tetapi disesuaikan dengan kebutuhan anak. Sehingga adil bagi anak satu dan yang lainnya berbeda.
- h) Merencanakan kegiatan keluarga yang menyenangkan bagi semua orang.
- i) Meyakinkan setiap anak mendapatkan waktu yang cukup dan kebebasan mereka sendiri.
- j) Orangtua tidak perlu langsung campur tangan kecuali saat tanda-tanda akan kekerasan fisik.
- k) Orangtua harus dapat berperan memberikan otoritas kepada anak-anak bukan untuk anak-anak.
- l) Orangtua dalam memisahkan anak-anak dari konflik tidak menyalahkan satu sama lain.
- m) Jangan memberi tuduhan tertentu tentang negatifnya sifat anak.
- n) Kesabaran dan keuletan serta contoh-contoh yang baik dari pelukan orangtua sehari-hari adalah cara pendidikan anak-anak untuk menghindari *sibling rivalry* yang paling bagus.

7. Proses laktasi dan menyusui

a. Anatomi dan fisiologi payudara

1) Anatomi

Payudara (*mamae*, susu) adalah kelenjar yang terletak di bawah kulit, di atas otot dada. Fungsi dari payudara adalah memproduksi susu untuk nutrisi bayi. Manusia mempunyai sepasang kelenjar payudara, yang beratnya kurang lebih 200 gram, saat hamil 600 gram dan saat menyusui 800 gram (Yanti dan Sundawati, 2011)

Menurut Mansyur dan Dahlan, 2014 ada 3 bagian utama payudara yaitu:

a) Korpus (badan), yaitu bagian yang membesar

Didalam korpus *mamae* terdapat alveolus yaitu unit terkecil yang memproduksi susu. Alveolus terdiri dari beberapa sel aciner, jaringan lemak, sel plasma, sel otot polos dan pembuluh darah. Beberapa lobulus berkumpul menjadi 15-20 lobus pada tiap payudara.

b) Areola yaitu bagian yang kehitaman ditengah

Letaknya mengelilingi puting susu dan berwarna kegelapan yang disebabkan oleh penipisan dan penimbunan pigmen pada kulitnya. Perubahan warna ini tergantung dari corak kulit dan adanya kehamilan. Pada daerah ini akan didapatkan kelenjar keringat, kelenjar

lemak dari *montgomery* yang membentuk tuberkel dan akan membesar selama kehamilan. Kelenjar lemak ini akan menghasilkan suatu bahan yang melicinkan kalangan payudara selama menyusui. Di bawah ini kalang payudara terdapat duktus laktiferus yang merupakan tempat penampungan air susu. Luasnya kalang payudara bisa $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$ dari payudara.

- c) Papilla atau puting yaitu bagian yang menonjol di puncak payudara. Terletak setinggi interkosta IV, tetapi berhubungan dengan adanya variasi bentuk dan ukuran payudara maka letaknya pun akan bervariasi pula. Pada tempat ini terdapat lubang-lubang kecil yang merupakan muara duktus dari laktiferus, ujung-ujung serat saraf, pembuluh darah, pembuluh getah bening, serat-serat otot polos duktus laktiferus akan memadat dan menyebabkan puting susu ereksi sedangkan serat-serat otot yang longitudinal akan menarik kembali puting susu tersebut.

2) Fisiologi payudara

Laktasi/menyusui mempunyai 2 pengertian yaitu produksi dan pengeluaran ASI. Pengeluaran ASI merupakan suatu intraksi yang sangat kompleks antara rangsangan mekanik,

saraf dan bermacam-macam hormon (Mansyur dan Dahlan, 2014).

a) Pengaruh hormonal

Mulai dari bulan ke tiga kehamilan, tubuh wanita memproduksi hormone yang menstimulasi munculnya ASI dalam sistem payudara:

- (1) Saat bayi mengisap, sejumlah sel syaraf di payudara ibu mengirimkan pesan ke hipotalamus.
- (2) Ketika menerima pesan itu, hipotalamus melepas “rem” penahan prolaktin.
- (3) Untuk mulai menghasilkan ASI, prolaktin.

Progesterone	:	mempengaruhi pertumbuhan dan ukuran alveoli. Tingkat progesterone dan estrogen menurun sesaat setelah melahirkan. Hal ini menstimulasi produksi secara besar-besaran. menstimulasi sistem saluran ASI
Estrogen	:	untuk membesar. Tingkat estrogen menurun saat melahirkan dan tetap rendah atau beberapa bulan selama
Prolaktin	:	tetap menyusui. berperan dalam membesarnya
Oksitosin	:	alveoli dalam kehamilan mengencangkan otot halus dalam rahim pada saat melahirkan dan setelahnya, seperti halnya juga dalam orgasme. Setelah melahirkan, oksitosin juga mengencangkan otot halus disekitar alveoli memeras ASI menuju saluran susu. Oksitosin berperan dalam proses turunnya susu let-down.

Pengaturan hormon terhadap pengeluaran ASI dapat dibedakan menjadi 3 bagian yaitu:

(1) Membentuk kelenjar payudara, sebelum pubertas; masa pubertas; masa siklus menstruasi; masa kehamilan; pada 3 bulan kehamilan; pada trimester kedua kehamilan.

(2) Pembentukan air susu

Ada 2 refleks yang berperan sebagai pembentukan dan pengeluaran air susu yaitu :

(a) Refleks prolaktin

Hormon ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu. Kadar prolaktin pada ibu yang menyusui akan menjadi normal 3 bulan setelah melahirkan sampai penyapihan anak dan pada saat tersebut tidak ada nada peningkatan prolaktin walaupun ada isapan bayi (Mansyur dan Dahlan, 2014).

(b) Refleks *letdown*

Oksitosin yang sampai pada alveoli masuk ke system duktulus yang untuk selanjut mengalir melalui dduktus laktefirus masuk ke mulut bayi. Factor-faktor yang meningkatkan refleks let down adalah : melihat bayi;mendengar suara

bayi; mencium bayi; memikirkan untuk menyusui bayi.

Faktor-faktor yang menghambat refleks let down adalah keadaan bingung atau pikiran kacau, takut, cemas. Rangsangan ini dilanjutkan ke hipotalamus melalui *medulla spinalis* dan *mensensphalo*. Hipotalamus ini akan menekan pengeluaran factor-faktor yang menghambat sekresi prolaktin dan sebaliknya merangsang pengeluaran faktor-faktor yang memacu sekresiprolaktin.

Hormon ini merangsangan sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu. Kadar prolaktin pada ibu pada ibu yang menyusui akan menjadi normal 3 bulan setelah melahirkan sampai penyapihan anak dan pada saat tersebut tidak akan ada peningkatan prolaktin walaupun ada isapan bayi.

b. Dukungan bidan dalam pemberian ASI

Peran awal bidan dalam mendukung pemberian ASI adalah (Yanti dan Sundawati, 2011) :

- 1) Meyakinkan bahwa bayi memperoleh makanan yang mencukupi dari payudara ibunya.

- 2) Membantu Ibu sedemikian rupa sehingga ia mampu menyusui bayinya sendiri.

Bidan dapat memberikan dukungan dalam pemberian ASI, dengan:

- a) Memberi bayi bersama ibunya segera sesudah lahir selama beberapa jam pertama.
- b) Mengajarkan cara merawat payudara yang sehat pada ibu untuk mencegah masalah umum yang timbul.
- c) Membantu ibu pada waktu pertama kali member ASI.
- d) Menempatkan bayi di dekat ibu pada kamar yang sama (rawat gabung).
- e) Memberikan ASI pada bayi sesering mungkin.
- f) Menghindari pemberian susu botol.

c. Manfaat pemberian ASI

Adapun beberapa manfaat pemberian ASI adalah (Dahlan dan Mansyur, 2014):

- 1) Bagi bayi
 - a) Nutrient (zat gizi) yang sesuai untuk bayi.
 - b) Mengandung zat protektif.
 - c) Mempunyai efek psikologis yang menguntungkan.
 - d) Menyebabkan pertumbuhan yang baik.
 - e) Mengurangi kejadian karies dentis.
 - f) Mengurangi kejadian malokulasi.

2) Bagi ibu

a) Aspek kesehatan ibu

Isapan bayi pada payudara akan merangsang terbentuknya oksitosin oleh kelenjar hypofisis. Oksitosin membantu involusi uterus dan mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan.

b) Aspek KB

Menyusui secara murni (esklusif) dapat menjarangkan kehamilan. Hormone yang mempertahankan laktasi berkerja menekan hormon ovulasi, sehingga dapat menunda kembalinya kesuburan.

c) Aspek psikologis

Ibu akan merasa bangga dan diperlukan, rasa yang dibutuhkan oleh semua manusia.

d. Tanda bayi cukup ASI

Menurut Yanti dan Sundawati, 2011 bahwa bayi usia 0-6 bulan, dapat dinilai mendapat kecukupan ASI bila mencapai keadaan sebagai berikut :

- 1) Bayi minum ASI tiap 2-3 jam atau dalam 24 jam minimal mendapatkan ASI 8 kali pada 2-3 minggu pertama.
- 2) Kotoran berwarna kuning dengan dengan frekuensi sering, dan warna menjadi lebih muda pada hari kelima setelah lahir.
- 3) Bayi akan buang air kecil (BAK) paling tidak 6-8 kali/sehari.

- 4) Ibu dapat mendengarkan pada saat bayi menelan ASI.
- 5) Payudara terasa lebih lembek, yang menandakan ASI telah habis.
- 6) Warna bayi merah (tidak kuning) dan kulit terasa kenyal.
- 7) Pertumbuhan berat badan (BB) bayi dan tinggi badan (TB) bayi sesuai dengan grafik pertumbuhan.
- 8) Perkembangan motorik bayi baik (bayi aktif dan motoriknya sesuai sesuai rentang usianya)
- 9) Bayi kelihatan puas, sewaktu-sewaktu saat lapar bangun dan tidur dengan cukup.
- 10) Bayi menyusu dengan kuat (rakus), kemudian melemah dan tertidur pulas.

e. Cara merawat payudara

Menurut Dahlan dan Mansyur (2014) cara merawat payudara adalah :

- 1) Persiapan alat dan bahan
 - a) Minyak kelapa dalam wadah
 - b) Kapas/kasa beberapa lembar
 - c) Handuk kecil 2 buah
 - d) Waslap 2 buah
 - e) Waskom 2 buah (isi air hangat atau dingin)
 - f) Nierbeken

2) Persiapan pasien

Sebelum melakukan perawatan payudara terlebih dahulu dilakukan persiapan pasien dengan memberitahukan kepada ibu apa yang akan dilaksanakan. Sedangkan petugas sendiri persiapannya mencuci tangan terlebih dahulu.

3) Langkah petugas

a) Basahi kapas atau kasa dengan minyak kelapa, kemudian bersihkan puting susu dengan kapas atau kassa tersebut hingga kotoran di sekitar areola dan puting terangkat.

b) Tuang minyak kelapa sedikit ke dua telapak tangan kemudian ratakan di kedua payudara.

c) Cara pengurutan (*massage*) payudara :

(1) Dimulai dengan gerakan melingkar dari dalam keluar, gerakan ini diulang sebanyak 20-30 kali selama 5 menit. Selanjutnya lakukan gerakan sebaliknya yaitu mulai dari dalam ke atas, ke samping, ke bawah hingga menyangga payudara kemudian dilepas perlahan-lahan.

(2) Tangan kiri menopang payudara kiri, tangan kanan mengerut payudara dari pangkal atau atas ke arah puting. Lakukan gerakan selanjutnya dengan tangan kanan menopang payudara kanan kemudian tangan kiri mengerut dengan cara yang sama. Dengan

menggunakan sisi dalam telapak tangan sebanyak 20-30 kali selama 5 menit.

(3) Rangsangan payudara dengan pengompresan memakai waslap air hangat dan dingin secara bergantian selama kurang lebih 5 menit. Setelah selesai keringkan payudara dengan handuk kecil, kemudian pakai bra khusus untuk menyusui.

(4) Mencuci tangan.

f. Cara menyusui yang baik dan benar

Adapun cara menyusui yang benar menurut Dahlan dan Mansyur (2014) adalah :

- 1) Cuci tangan yang bersih menggunakan sabun dan dapa air yang mengalir. Perah sedikit ASI oleskan disekitar puting, duduk dan berbaring dengan santai.
- 2) Bayi diletakkan menghadap ke ibu dengan posisi sanggah seluruh tubuh bayi, jangan hanya leher dan bahunya ssaja, kepala dan ttubuh bayi lurus, hadapkan bayi ke dada ibu, sehingga hidung bayi berhadapan dengan puting susu, dekatkan badan bayi ke badan ibu, menyentuh bibir bayi ke puting susunya dan menunggu mulut bayi terbuka lebar. Segera dekatkan bayi ke payudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak di bawah putting susu.

- 3) Cara meletakan mulut bayi dengan benar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka dan bibir bawah bayi membuka lebar.

Setelah memberikan ASI dianjurkan ibu untuk menyendawakan bayi. Tujuan menyendawakan adalah mengeluarkan udara lambung supaya bayi tidak muntah setelah menyusui. Adapun cara menyendawakan adalah:

- 1) Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggung di tepuk perlahan-lahan.
 - 2) Bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggung di tepuk perlahan-lahan.
- 1) Masalah menyusui masa pasca persalinan lanjut
 - a) Sindrom ASI kurang

Masalh sindrom ASI kurang diakibatkan oleh kecukupan bayi akan ASI tidak terpenuhi sehingga bayi mengalami keetidak puasan setelah menyusui. Bayi sering menangis atau rewel, tinja bayi keras dan payudara tidak terasa membesar. Namun, kenyataannya ASI tidak berkurang. Sehingga terkadang timbul masalah bahwa ibu merasa ASI nya tidak mencukupi dan ada keinginan untuk menambah dengan susu formula. Adapun cara mengatasi masalah tersebut sebaiknya disesuaikan dengan penyebabnyadan penyebab-penyebabnya adalah :

- (1) Faktor teknik menyusui, antara lain masalah frekuensi, perlekatan, penggunaan dot/botol, tidak mengosongkan payudara.
- (2) Faktor psikologis: ibu kurang percaya diri atau stres.
- (3) Faktor fisik, antara lain : penggunaan kontrasepsi, hamil, merokok, kurang gizi.
- (4) Faktor bayi, antara lain: penyakit, abnormalitas, kelainan konginetal.

Oleh karena itu diperlukan kerja sama antara ibu dan bayi sehingga produksi ASI dapat meningkat dan bayi dapat memberikan isapan secara efektif.

b) Ibu berkerja

Ibu berkerja bukan menjadi alasan tidak menyusui bayinya. Banyaknya cara yang dapat digunakan untuk mengatasi hal tersebut, antara lain:

- 1) Bawalah bayi anda jika tempat kerja ibu memungkinkan.
- 2) Menyusui sebelum berangkat kerja.
- 3) Peralah ASI sebagai persediaan di rumah sebelum berangkat kerja.
- 4) Di tempat kerja, ibu dapat mengosongkan payudara setiap 3-4 jam.
- 5) ASI perah dapat disimpan dilemari es atau freezer.

6) Pada saat ibu dirumah, susuilah bayi sesering mungkin dan rubah jadwal menyusui.

7) Minum dan makan makanan yang bergizi serta cukup istirahat selama bekerja dan menyusui.

8. Deteksi dini komplikasi masa nifas dan penanganannya

a. Infeksi masa nifas

Infeksi nifas adalah infeksi yang dimulai pada dan melalui traktus genetalis setelah persalinan. Suhu 38°C atau lebih yang terjadi pada hari ke 2-10 post partum dan diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari (Yanti dan Sundawati, 2011).

Penyebab dan cara terjadinya infeksi nifas (Yanti dan Sundawati, 2011):

1) Penyebab infeksi nifas

Macam-macam jalan kuman masuk ke alat kandungan seperti eksogen (kuman datang dari luar), autogen (kuman masuk dari tempat lain dalam tubuh), dan endogen (dari jalan lahir sendiri). Penyebab terbanyak adalah streptococcus anaerob yang sebenarnya tidak patogen sebagai penghuni normal jalan lahir.

Cara terjadinya infeksi nifas sebagai berikut : Tangan pemeriksa atau penolong yang.; *Droplet infection*. Virus nosokomial, *Koitus*.

- 2) Faktor predisposisi infeksi nifas: Semua keadaan yang menurunkan daya tahan penderita seperti perdarahan banyak, diabetes, preeklamps, malnutrisi, anemia. Kelelahan juga infeksi lain yaitu pneumonia, penyakit jantung dan sebagainya; Proses persalinan bermasalah seperti partus lama/macet terutama dengan ketuban pecah lama, *korioamnionitis*, persalinan traumatic, kurang baiknya proses pencegahan infeksi dan manipulasi yang berlebihan; Tindakan obstetrikoperatif baik pervaginam maupun perabdominal; Tertinggalnya sisa plasenta, selaput ketuban, dan bekuan darah dalam rongga rahim; Episiotomi atau laserasi.
- 3) Pencegahan Infeksi Nifas: Masa kehamilan (Mengurangi atau mencegah factor-faktor); Selama persalinan (Hindari partus terlalu lama dan ketuban pecah lama/menjaga supaya persalinan tidak berlarut-larut; Menyelesaikan persalinan dengan trauma sedikit mungkin; Perlukaan-perluakan jalan lahir karena tindakan pervaginam maupun perabdominal dibersihkan, dijahit sebaik-baiknya dan menjaga sterilitas; Mencegah terjadinya perdarahan banyak, bila terjadi darah yang hilang harus segera diganti dengan tranfusi darah; Semua petugas dalam kamar bersalin harus menutup hidung dan mulut

dengan masker; Alat-alat dan kain yang dipakai dalam persalinan dalam keadaan steril; Hindari pemeriksaan dalam(berulang-ulang); Selama masa nifas (luka-luka dirawat).

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir normal

Menurut Dewi (2010) bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37-42 minggu dan berat lahir 2500-4000 gram.

Menurut Wahyuni (2011) bayi baru lahir adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37-42 minggu, berat lahirnya 2500-4000 gram.

Tahapan neonatal antara lain neonatal dini yaitu bayi baru lahir sampai dengan usia 1 minggu, sedangkan neonatal lanjut adalah bayi baru lahir dari usia 8-28 hari (Wahyuni, 2011)

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan rentang usia kehamilan 37-42 dengan berat lahir > 2500 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis dan tonus baik.

2. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir normal

Ciri-ciri Bayi Baru Lahir normal (Dewi, 2010) :

- a. Berat badan 2500-4000 gram
- b. Panjang badan 48-52 cm
- c. Lingkar dada 30-38 cm

- d. Lingkar kepala 33-35 cm
 - e. Frekuensi jantung 120-160x/menit
 - f. Pernafasan \pm 40-60x/menit
 - g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
 - h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
 - i. Kuku agak panjang dan lemas
 - j. Genetalia : perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.
 - k. Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
 - l. Refleks *moro* atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
 - m. Refleks *graps* dan menggenggam sudah baik
 - n. Refleks *rooting* mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut terbentuk dengan baik
 - o. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam waktu 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.
3. Adaptasi Bayi Baru Lahir terhadap kehidupan di luar uterus

Adaptasi neonatal (Bayi Baru Lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan didalam uterus. Kemampuan adaptasi fungsional neonatus dari kehidupan didalam uterus kehidupan di luar uterus. Kemampuan adaptasi fisiologis ini disebut juga homeostatis. Bila terdapat gangguan

adaptasi, maka bayi akan sakit (Marmi, 2012). Faktor-faktor yang mempengaruhi adaptasi bayi baru lahir :

- a. Pengalaman ibu antepartum ibu dan bayi baru lahir (misalnya terpajan zat toksik dan sikap orang tua terhadap kehamilan dan pengasuhan anak)
- b. Pengalaman intrapartum ibu dan bayi baru lahir (misalnya lama persalinan, tipe analgesik atau anestesi intrapartum)
- c. Kapasitas fisiologis bayi baru lahir untuk melakukan transisi ke kehidupan ekstrauterin
- d. Kemampuan petugas kesehatan untuk mengkaji dan merespons masalah dengan cepat tepat pada saat terjadi

Dibawah ini merupakan adaptasi fungsi dan proses vital pada neonatus (Marmi, 2012) :

- a. Sistem pernapasan

Pada umur kehamilan 34-36 minggu struktur paru-paru sudah matang, artinya paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah lahir, pertukaran gas terjadi melalui paru-paru bayi, pertukaran gas terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir (Marmi, 2012)

Keadaan yang dapat mempercepat maturitas paru-paru adalah toksemia, hipertensi, diabetes yang berat, infeksi ibu, ketuban pecah dini. Keadaan tersebut dapat mengakibatkan

stress pada janin, hal ini dapat menimbulkan rangsangan untuk pematangan paru-paru. Sedangkan keadaan yang dapat memperlambat maturitas paru-paru adalah diabetes ringan, *inkompebilitas rhesus*, gemeli satu ovum dengan berat yang berbeda dan biasanya berat badan yang lebih kecil paru-parunya belum matur (Marmi, 2012)

b. Rangsangan untuk gerakan pernapasan

Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena : saat kepala melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan pada toraksnya dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada dalam paru-paru hilang karena terdorong pada bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi, karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanis akhirnya bayi memulai aktifitas bernapas untuk pertama kali (Marmi, 2012)

Fungsi alveolus dapat maksimal jika dalam paru-paru bayi terdapat surfaktan yang adekuat. Surfaktan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga alveolus tidak kolaps saat akhir napas. Surfaktan ini mengurangi tekanan paru dan membantu untuk menstabilkan dinding alveolus sehingga tidak kolaps pada akhir pernapasan (Asrinah, dkk, 2010). Rangsangan taktil dilakukan apabila tidak terjadi pernafasan

spontan, dilakukan pengusapan punggung, jentikan pada telapak kaki mungkin bisa merangsang pernapasan spontan (Rukiah, 2009)

c. Upaya pernapasan bayi pertama

Upaya pernapasan pertama seorang bayi berfungsi untuk mengeluarkan cairan dalam paru-paru dan mengembangkan jaringan alveolus paru-paru untuk pertama kali (Asrinah, 2010).

Agar alveolus dapat berfungsi, harus terdapat surfaktan yang cukup dan aliran darah ke paru-paru. Produksi surfaktan dimulai pada 20 minggu kehamilan dan jumlahnya akan meningkat sampai paru-paru matang, sekitar usia 30-34 minggu kehamilan. Tanpa surfaktan, alveoli akan kolaps setiap setelah akhir setiap pernapasan, yang menyebabkan sulit bernapas. Peningkatan kebutuhan energi ini memerlukan penggunaan lebih banyak oksigen dan glukosa. Berbagai peningkatan ini menyebabkan stress pada bayi, yang sebelumnya sudah terganggu (Asrinah, dkk, 2010)

d. Sistem kardiovaskular

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat diklem. Tindakan ini menyebabkan suplai oksigen ke plasenta menjadi tidak ada dan menyebabkan serangkaian reaksi selanjutnya.

Setelah lahir, darah bayi baru lahir harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi melalui tubuh guna mengantarkan oksigen ke jaringan. Untuk membuat sirkulasi yang baik guna mendukung kehidupan diluar rahim, harus terjadi dua perubahan besar (Asrinah,dkk, 2010) :

- 1) Penutupan *foramen ovale* pada atrium jantung
- 2) Penutupan duktus arteriosus antara arteri dan paru-paru serta aorta

Oksigen menyebabkan system pembuluh darah mengubah tekanan dengan cara mengurangi atau meningkatkan resistensinya, sehingga mengubah aliran darah. Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah :

- 1) Pada saat tali pusat dipotong, resistensi pembuluh sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun. Tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan tersebut. Ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan. Kedua kejadian ini membantu darah, dengan sedikit kandungan oksigen mengalir ke paru-paru dan menjalani proses oksigenasi ulang (Asrinah, dkk, 2010)
- 2) Pernapasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru-paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. Oksigen pada saat pernapasan pertama ini menimbulkan relaksasi dan

terbukanya sistem pembuluh darah paru-paru. Peningkatan sirkulasi ke paru-paru mengakibatkan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan. Dengan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kiri, *foramen ovale* secara fungsional akan menutup (Asrrinah, dkk, 2010).

e. Sistem termoregulasi

Bayi baru lahir mempunyai kecendrungan untuk mengalami stress fisik akibat perubahan suhu di luar uterus. Fluktuasi (naik turunnya) suhu dalam uterus minimal, rentang maksimal hanya 0,6 °C sangat berbeda dengan kondisi diluar uterus. Pada lingkungan yang dingin, pembentukan suhu tanpa mekanisme menggigil ini merupakan hasil dari penggunaan lemak coklat yang terdapat diseluruh tubuh, dan mampu meningkatkan panas tubuh hingga 100% (Marmi, 2012).

Lemak coklat tidak dapat diproduksi ulang oleh bayi lahir dan cadangan lemak coklat ini akan habis dalam waktu singkat dengan adanya stress dingin. Oleh karena itu upaya pencegahan kehilangan panas merupakan prioritas utama dan bidan berkewajiban untuk meminimalkan kehilangan panas pada bayi baru lahir. Suhu normal pada bayi baru lahir adalah 36,5-37,5 °C melalui pengukuran aksila dan rektum. Jika nilainya turun dibawah 36,5 °C maka bayi mengalami hipotermia.

Tiga faktor yang berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi : luasnya permukaan tubuh bayi, pusat pengaturan suhu tubuh bayi yang belum berfungsi secara sempurna, dan tubuh bayi yang terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas (Marmi, 2012).

Adapun mekanisme kehilangan panas pada bayi (Asrinah, dkk, 2010) :

1) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke tubuh benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi. (pemindahan panas dari tubuh bayi ke obyek lain melalui kontak langsung)

2) Konveksi

Panas hilang dari bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan dan suhu udara).

3) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antar dua objek yang mempunyai suhu berbeda).

4) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap).

f. Sistem renal

Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus, kondisi ini mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Fungsi tubules tidak matur sehingga dapat menyebabkan kehilangan natrium dalam jumlah besar dan ketidakseimbangan elektrolit lain. Bayi baru lahir tidak dapat mengonsentrasikan elektrolit lain. Bayi baru lahir tidak dapat mengonsentrasikan urin dengan baik tercermin dari berat jenis urin (1,004) dan *osmolalitas* urin yang rendah. Semua keterbatasan ginjal ini lebih buruk pada bayi kurang bulan (Marmi, 2012)

Bayi baru lahir mengekskresikan sedikit urin pada 48 jam pertama kehidupan, yaitu hanya 30-60 ml. Normalnya dalam urine tidak terdapat protein atau darah, debris sel yang dapat banyak mengindikasikan adanya cedera atau iritasi dalam sistem ginjal. Adanya massa abdomen yang ditemukan pada pemeriksaan fisik adalah ginjal dan mencerminkan adanya tumor, pembesaran, atau penyimpangan dalam ginjal (Marmi, 2012).

Tubuh BBL mengandung relatif banyak air. Kadar natrium juga lebih besar dibandingkan dengan kalium karena ruangan ekstraseluler yang luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena (Dewi, 2010) :

- 1) Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa
- 2) Ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal
- 3) *Renal blood flow* relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa

i. Sistem gastrointestinal

Bila dibandingkan dengan ukuran tubuh, saluran pencernaan pada neonatus relatif lebih berat dan panjang dibandingkan orang dewasa. Pada neonatus, traktus digestivus mengandung zat-zat yang berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari mukopolosakarida dan disebut mekonium. Pada masa neonatus saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam 24 jam pertama berupa mekonium. Dengan adanya pemberian susu, mekonium mulai digantikan dengan tinja yang berwarna coklat kehijauan pada hari ketiga sampai keempat (Marmi, 2012)

Frekuensi pengeluaran tinja pada neonatus sangat erat hubungannya dengan frekuensi pemberian makan atau minum. Enzim dalam saluran pencernaan bayi sudah terdapat pada neonatus kecuali amylase, pancreas, aktifitas lipase telah ditemukan pada janin tujuh sampai 8 bulan kehamilannya.

Pada saat lahir, aktifitas mulut sudah berfungsi yaitu menghisap dan menelan, saat menghisap lidah berposisi dengan

pallatum sehingga bayi hanya bisa bernapas melalui hidung, rasa kecap dan penciuman sudah ada sejak lahir, saliva tidak mengandung enzim tepung dalam tiga bulan pertama dan lahir volume lambung 25-50 ml (Marmi,2012)

Adapun adaptasi pada saluran pencernaan adalah (Marmi, 2012):

- 1) Pada hari ke 10 kapasitas lambung menjadi 100 cc
- 2) Enzim tersedia untuk mengkatalisis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosakarida dan disakarida
- 3) Difisiensi lifase pada *pancreas* menyebabkan terbatasnya absorpsi lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir.
- 4) Kelenjar ludah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi $\pm 2-3$ bulan.

j. Sistem hepar

Enzim hepar belum aktif benar pada neonatus, misalnya enzim yang berfungsi dalam sintesis bilirubin yaitu enzim UDPG: T (uridin difosfat glukonoridine transferase) dan enzim G6PADA (Glukose 6 fosfat dehidrogenase) sering kurang sehingga neonatus memperlihatkan gejala ikterus fisiologik (Marmi, 2012).

Segera setelah lahir, hepar menunjukkan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan

penurunan kadar lemak serta glikogen. Sel-sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun memakan waktu yang lama. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna, contohnya pemberian obat kloramfenikol dengan dosis lebih dari 50 mg/kgBB/hari dapat menimbulkan *grey baby syndrome*.Imunologi

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, menyebabkan BBL rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang didapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi (Marmi, 2012)

Berikut beberapa contoh kekebalan alami :

- 1) Perlindungan dari membran mukosa
- 2) Fungsi saring saluran pernafasan
- 3) Pembentukan koloni mikroba di kulit dan usus
- 4) Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambunG

Kekebalan alami disediakan pada sel darah yang membantu BBL membunuh mikroorganisme asing, tetapi sel darah ini belum matang artinya BBL belum mampu melokalisasi infeksi secara efisien. Bayi yang baru lahir dengan kekebalan pasif mengandung banyak virus dalam tubuh ibunya. Reaksi

antibodi terhadap, antigen asing masih belum bisa dilakukan di sampai awal kehidupan. Tugas utama selama masa bayi dan balita adalah pembentukan sistem kekebalan tubuh, BBL sangat rentan terhadap infeksi. Reaksi BBL terhadap infeksi masih lemah dan tidak memadai, pencegahan terhadap mikroba (seperti pada praktek persalinan yang aman dan menyusui ASI dini terutama kolostrum) dan deteksi dini infeksi menjadi penting (Marmi, 2012)

k. Integumen

Semua struktur kulit bayi sudah terbentuk saat lahir tapi belum matang. Epidermis dan dermis sudah terikat dengan baik dan sangat tipis. Verniks kaseosa juga berfusi dengan epidermis dan berfungsi sebagai lapisan pelindung. Kulit bayi sangat sensitif dan dapat rusak dengan mudah

l. Neuromuskuler

Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstermita. Perkemihan neonatus terjadi cepat. Sewaktu bayi bertumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalkan kontrol kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang (Wahyuni, 2011)

m. Refleks-refleks

Bayi baru lahir normal memiliki banyak refleks neurologis yang primitif. Ada atau tidaknya refleks tersebut menunjukkan kematangan perkembangan sistem saraf yang baik.

1) Refleks *glabellar*

Refleks ini dinilai dengan mengetuk daerah pangkal hidung secara perlahan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama.

2) Refleks hisap

Refleks ini dinilai dengan memberi tekanan pada mulut bayi di bagian dalam antara gusi atas yang akan menimbulkan isapan yang kuat dan cepat. Refleks juga dapat dilihat pada saat bayi melakukan kegiatan menyusu (wahyuni,2011)

3) Refleks *rooting* (mencari)

Bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi. Dapat dinilai dengan mengusap pipi bayi dengan lembut, bayi akan menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya.

4) Refleks Genggam (*grapsing*)

Refleks ini dinilai dengan mendekatkan jari telunjuk pemeriksa pada telapak tangan bayi, tekanan dengan

perlahan, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak bayi ditekan, bayi akan mengepalkan tinjunya.

5) Refleks *babinsky*

Pemeriksaan refleks ini dengan memberikan goresan telapak kaki dimulai dari tumit. Gores sisi lateral telapak kaki kearah atas kemudian gerakkan kaki sepanjang telapak kaki. Maka bayi akan menunjukkan respons berupa semua jari hiperekstensi dengan ibu jari dorsofleksi.

6) Refleks *moro*

Refleks ini ditunjukkan dengan timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

7) Refleks melangkah

Bayi menggerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah, jika kita memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang datar yang keras.

4. Penatalaksanaan awal bayi segera setelah lahir

Menurut Asuhan Persalinan Normal (2008), asuhan segera untuk BBL meliputi; pencegahan infeksi, penilaian segera setelah lahir, pencegahan kehilangan panas, memotong dan merawat tali pusat, inisiasi menyusui dini, manajemen laktasi, pencegahan

infeksi mata, pemberian vitamin K1, pemberian imunisasi dan pemeriksaan BBL.

a. Pencegahan infeksi

Pencegahan infeksi merupakan penatalaksanaan awal yang harus dilakukan pada bayi baru lahir karena BBL sangat rentan terhadap infeksi. Pencegahan infeksi adalah sebagai berikut (Marmi, 2012) :

- 1) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan bayi
- 2) Menggunakan sarung tangan bersih sebelum menangani bayi yang belum dimandikan
- 3) Memastikan semua peralatan, termasuk klem guntingdan benang tali pusat telah di disinfeksi tingkat tinggi atau steril.
- 4) Memastikan bahwa semua pakaian,handuk,selimut serta kain yang digunakan untuk bayi dalam keadaan bersih
- 5) Memastikan bahwa timbangan dan pita pengukur, thermometer, stetoskop dan benda-benda lainnya akan bersentuhan dengan bayi dalam keadaan bersih
- 6) Menganjurkan ibu menjaga kebersihan diri, terutama payudara dan mandi setiap hari
- 7) Membersihkan muka, pantat dan tali pusat bayi baru lahir dengan air bersih, hangat dan sabun setiap hari

- 8) Menjaga bayi dari orang-orang yang menderita infeksi dan memastikan orang yang memegang bayi sudah cuci tangan sebelumnya

b. Penilaian segera setelah lahir

Setelah lahir, letakkan bayi diatas kain bersih dan kering di atas perut ibu. Segera lakukan penilaian awal untuk menjawab pertanyaan berikut :

- 1) Apakah bayi cukup bulan?
- 2) Apakah air ketuban jernih?
- 3) Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas spontan tanpa kesulitan?
- 4) Apakah kulit bayi berwarna kemerahan?
- 5) Apakah tonus dan kekuatan otot cukup, apakah bayi bergerak dengan aktif?

Jika bayi tidak cukup bulan, dan atau air ketuban keruh bercampur mekonium, dan atau tidak menangis, atau jika bayi tidak bernapas atau bernapas megap-megap, dan atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir.

Tabel 2.8 Apgar Score (Dwienda, dkk, 2014)

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appreance (warna kulit)	Pucat / biru seluruh tubuh	Tubuh Merah, ekstermitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	>100
Grimace (tonus otot)	Tidak ada	Ekstermitas sedikit Fleksi	Gerakan aktif
Activity (Aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
Respiration (Pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Interpretasi :

- a) Nilai 1-3 askfiksia berat
- b) Nilai 4-6 askfiksia sedang
- c) Nilai 7-10 askfiksia ringan (normal)
- c. Upaya untuk mencegah kehilangan panas bayi

Kehilangan panas bayi dapat dihindarkan melalui (Marmi, 2012):

- 1) Keringkan bayi secara seksama
- 2) Selimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih, kering dan hangat
- 3) Tutup kepala bayi setiap saat dengan topi atau kain yang bersih. Bagian kepala memiliki luas permukaan yang relative luas an bayi akan cepat kehilangan panas jika bagian tubuh tersebut tidak ditutup.
- 4) Anjurkan ibu agar memeluk bayinya untuk dapat menyusui dini

- 5) Jangan segera menimbang atau memandikan BBL karena BBL cepat mudah kehilangan panas dari tubuhnya terutama jika tidak berpakaian, sebelum melakukan penimbangan terlebih dahulu selimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering.
- 6) Bayi sebaiknya dimandikan sedikitnya 6 jam setelah lahir
- 7) Tempatkan bayi dilingkungan yang hangat
- 8) Rangsangan taktil

d. Membebaskan jalan nafas

Apabila BBL lahir tidak langsung menangis, penolong segera bersihkan jalan nafas dengan cara sebagai berikut (Marmi, 2012):

- 1) Letakkan bayi terlentang ditempat yang datar dan keras serta hangat
- 2) Gulung sepotong kain dan letakkan dibawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus
- 3) Bersihkan mulut, rongga hidung, dan tenggorokan bayi dengan tangan yang dibungkus kassa steril
- 4) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3x atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar
- 5) Alat penghisap lendir mulut dee lee atau alat penghisap lainnya yang steril, tabung oksigen yang selangnya sudah ditempat

- 6) Segera lakukan usaha menhisap dari mulut dan hidung
- 7) Memantau dan mencatat usaha napas yang pertama (APGAR SCORE)
- 8) Perhatikan warna kulit, adanya cairan atau mekonium dalam hidung atau mulut

e. Merawat tali pusat

Cara perawatan tali pusat adalah sebagai berikut (JNPK-KR/POGI, APN 2008) :

- 1) Hindari pembungkusan tali pusat
- 2) Jangan oleskan zat apapun atau salep apapun ke tali pusat
- 3) Memberi nasehat kepada ibu dan keluarga sebelum meninggalkan bayi:
 - a) Lipat popok dibawah tali pusat
 - b) Jika putung tali pusat kotor cuci secara hati-hati dengan air matang
 - c) Jelaskan pada ibu bahwa ia harus mencari bantuan perawatan jika pusar merah atau mengeluarkan nanah atau darah
 - d) Jika pusat menjadi merah atau mengeluarkan nanah atau darah, segera rujuk bayi kefasilitas kesehatan yang memadai

f. Inisiasi menyusui dini

Langkah inisiasi menyusui dini (Marmi, 2012):

- 1) Program ini dilakukan dengan cara langsung meletakkan bayi yang baru lahir didada ibunya dengan membiarkan bayi tetap merayap untuk menemukan puting ibu. IMD harus dilakukan langsung saat lahir, tanpa boleh ditunda dengan kegiatan menimbang atau mengukur bayi.
- 2) Tahapannya adalah setelah bayi diletakkan dia akan menyesuaikan diri dengan lingkungan barunya, maka kemungkinan saat itu bayi belum bereaksi. Kemudian berdasarkan bau yang ada ditangannya ini membantu dia menemukan puting susu ibu. Bayi akan menjilati kulit ibunya yang mempunyai bakteri baik sehingga kekebalan tubuh dapat bertambah.
- 3) Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada BBL setelah IMD selesai dilakukan. Prosedur tersebut misalnya menimbang, pemberian vitamin K, imunisasi dan lain-lain.

g. Memberikan vitamin K

Bayi baru lahir membutuhkan vitamin K karena bayi baru lahir sangat rentan mengalami defisiensi vitamin K. Ketika bayi baru lahir, proses pembekuan darah (koagulan) menurun dengan cepat dan mencapai titik terendah pada usia 48-72 jam. Salah

satu penyebabnya adalah karena dalam uterus plasenta tidak siap menghantarkan lemak dengan baik. Selain itu saluran cerna bayi baru lahir masih steril, sehingga tidak dapat menghasilkan vitamin K yang berasal dari flora di usus. Asupan vitamin K dalam susu atau ASI pun biasanya rendah. Itu sebabnya bayi baru lahir perlu doberi vitamin K injeksi 1 mg intramuskular. Manfaatnya adalah untuk mencegah pendarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir (Marmi, 2012).

h. Memberikan obat tetes atau salep mata

Untuk pencegahan penyakit mata karena klamida perlu diberikan obat mata pada jam pertama persalinan yaitu pemberian obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% sedangkan salep mata biasanya diberikan 5 jam setelah bayi baru lahir. Perawatan mata harus segera dilaksanakan, tindakan ini dapat dikerjakan setelah bayi selesai dengan perawatan tali pusat (Marmi,2012)

i. Pemberian imunisasi BBL

Setelah pemberian injeksi vitamin K bayi juga diberikan imunisasi hepatitis B yang bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi terutama jalur penularan ibu. Imunisasi hepatitis B diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K (Marmi, 2012).

5. Asuhan bayi baru lahir 1-24 jam pertama kelahiran

Sebelum penolong meninggalkan ibu, harus melakukan pemeriksaan dan penilaian ada tidaknya masalah kesehatan terutama pada; Bayi kecil masa kehamilan, gangguan pernafasan, hipotermi, infeksi, dan cacat bawaan atau trauma lahir. Jika hasil pemeriksaan tidak ada masalah, tindakan yang harus dilakukan adalah :

- a. Lanjutkan pengamatan pernapasan, warna dan aktivitasnya
- b. Pertahankan suhu tubuh bayi
- c. Lakukan pemeriksaan fisik
- d. Pemberian vitamin K1
- e. Identifikasi BBL
- f. Ajarkan kepada orang tua cara merawat bayi : pemberian nutrisi, mempertahankan kehangatan tubuh bayi, mencegah infeksi, ajarkan tanda-tanda bahaya pada orang tua
- g. Berikan imunisasi BCG, Polio, Hepatitis B

6. Deteksi dini untuk komplikasi bayi baru lahir dan neonatus

Dibawah ini merupakan deteksi dini komplikasi BBL (Syarifudin, 2010) :

- a. Tidak mau minum atau menyusu atau memuntahkan semua
- b. Riwayat kejang
- c. Bergerak hanya jika dirangsang(letargis)
- d. Frekuensi nafas <30 kali per menit atau >60 kali per menit

- e. Suhu tubuh $<36,5^{\circ}\text{C}$ atau $>37^{\circ}\text{C}$
 - f. Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat
 - g. Merintih
 - h. Ada pustul pada kulit
 - i. Nanah banyak di mata dan mata cekung
 - j. Pusing kemerahan meluas ke dinding perut
 - k. Turgor kulit kembali <1 detik
 - l. Timbul kuning atau tinja berwarna pucat
 - m. Berat badan menurut umur rendah dan atau masalah dalam pemberian ASI
 - n. Berat bayi lahir rendah <2500 gram atau >4000 gram
 - o. Kelainan kongenital seperti ada celah di bibir atau langit-langit.
7. Kunjungan neonatus
- a. Kunjungan neonatal hari ke 1(KN 1)
 - 1) Untuk bayi yang lahir di fasilitas kesehatan pelayanan dapat dilakukan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan (>24 jam).
 - 2) Untuk bayi yang lahir di rumah, bila bidan meninggalkan bayi sebelum 24 jam maka pelayanan dilaksanakan pada 6-24 jam setelah lahir
- Hal –hal yang dilaksanakan adalah :
- (a) Jaga kehangatan bayi
 - (b) Berikan ASI Eksklusif

- (c) Cegah infeksi
 - (d) Rawat tali pusat
- b. Kunjungan neonatal 2 (3-7 hari)
 - 1) Jaga kehangatan bayi
 - 2) Berikan ASI Eksklusif
 - 3) Cegah infeksi
 - 4) Rawat tali pusat
- c. Kunjungan neonatal 3 (8-28 hari)
 - 1) Periksa ada/tidaknya tanda bahaya dan atau gejala sakit
 - 2) Jaga kehangatan bayi
 - 3) Berikan ASI Eksklusif
 - 4) Cegah infeksi
 - 5) Rawat tali pusat

2.1.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian

- 1) Program Keluarga Berencana menurut UU No 10 tahun 1992 (tentang perkembangan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengetahuan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.
- 2) Menurut Entjang (Setiyaningrum, 2016), keluarga berencana adalah suatu upaya manusia untuk mengatur secara sengaja

kehamilan dalam keluarga secara tidak melawan hukum dan moral Pancasila untuk kesejahteraan keluarga.

- 3) Menurut Manuaba dalam Setiyaningrum (2016), Keluarga Berencana adalah metode medis yang dicanangkan oleh pemerintah untuk menurunkan angka kelahiran.

b. Tujuan Program KB

a) Tujuan program KB secara filosofi adalah:

- 1) Membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.
- 2) Mewujudkan keluarga kecil, bahagia, sejahtera yang menjadi dasar bagi terwujudnya masyarakat yang sejahtera melalui pengendalian kelahiran, dan pertumbuhan penduduk Indonesia

b) Tujuan Khusus:

1. Pengaturan kelahiran

Pengaturan kehamilan agar jarak kehamilan disesuaikan dengan usia anak sehingga kesehatan anak dapat terjamin melalui perhatian orang tua.

2. Pendewasaan usia perkawinan

3. Peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga

4. Mencegah kehamilan karena alasan pribadi

5. Membatasi jumlah anak

c) Tujuan KB berdasarkan RENSTRA 2005-2009 meliputi:

1. Keluarga dengan anak ideal
2. Keluarga sehat
3. Keluarga berpendidikan
4. Keluarga sejahtera
5. Keluarga berketahanan
6. Keluarga yang terpenuhi hak-hak reproduksinya
7. Penduduk tumbuh seimbang (PTS)

c. Manfaat Program KB

Dengan mengikuti program KB sesuai anjuran pemerintah para akseptor akan mendapatkan 3 manfaat utama optimal, baik untuk ibu, anak, dan keluarga antara lain:

1) Manfaat untuk ibu:

- a) Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan
- b) Mencegah setidaknya satu dari 4 kematian ibu
- c) Menjaga kesehatan ibu
- d) Merencanakan kehamilan lebih terprogram

2) Manfaat untuk anak:

- a) Mengurangi risiko kematian bayi
- b) Meningkatkan kesehatan bayi
- c) Mencegah bayi kekurangan gizi
- d) Tumbuh kembang bayi lebih terjamin

e) Kebutuhan ASI eksklusif selama 6 bulan relatif dapat terpenuhi

f) Mendapat kualitas kasih sayang yang lebih maksimal

3) Manfaat untuk keluarga :

a) Meningkatkan kesejahteraan keluarga

b) Harmonisasi keluarga lebih terjaga

d. Sasaran Program KB

Sasaran program KB tertuang dalam RPJMN 2004-2009 yang meliputi:

- 1) Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi sekitar 1,14 persen per tahun.
- 2) Menurunnya angka kelahiran total (TFR) menjadi sekitar 2,2 per perempuan.
- 3) Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak lagi dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetap tidak memakai alat/cara kontrasepsi (*unmet need*) menjadi 6 persen.
- 4) Meningkatnya peserta KB laki-laki menjadi 4,5 persen.
- 5) Meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi yang rasional, efektif dan efisien.
- 6) Meningkatnya rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun.
- 7) Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak.

8) Meningkatnya jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera-1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif.

9) Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan program KB nasional.

e. Jenis-jenis Alat Kontrasepsi

1) Kontrasepsi Hormonal

1. Pil KB

Pil kombinasi yaitu alat kontrasepsi yang mengandung hormon estrogen dan progesteron. Adapun jenis mini pil yaitu alat kontrasepsi pil yang hanya mengandung hormon progesteron. Pil ini cocok untuk ibu menyusui.

(a) Cara kerja

- (1) Mencegah pelepasan sel telur
- (2) Mengentalkan lendir sehingga sperma sulit bertemu dengan sel telur

(b) Keuntungan

- (1) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (2) Kesuburan cepat kembali
- (3) Membuat menstruasi teratur
- (4) Mengurangi kram atau sakit saat menstruasi

(c) Kerugian

- (1) Bisa menambah atau mengurangi berat badan
- (2) Harus selalu mengingat-ingat minum pil

(3) Tidak bisa mencegah dari PMS

(d) Efek Samping

(1) Mual ,muntah

(2) Amenorhea

(3) Spotting

2) Suntik Progestin (3 Bulan)

Alat kontrasepsi suntik yang hanya mengandung hormon progesteron yang di berikan setiap 3 bulan sekali/12 minggu sekali.

1. Cara Kerja

- a. Mencegah pelepasan sel telur
- b. Mengentalkan lendir sehingga sperma sulit bertemu dengan sel telur

2. Keuntungan

- a. Tidak mengganggu hubungan seksual
- b. Tidak mengganggu produksi ASI
- c. Cocok digunakan bagi klien yang pelupa (lupa minum pil)

3. Kerugian

- a. Kesuburan lama kembali
- b. Tidak melindungi dari penyakit PMS
- c. Tidak boleh digunakan untuk wanita perokok
- d. Kegemukan

4. Efek Samping

- a. Amenorhea
- b. Spotting

3) Implan/Susuk

Alat kontrasepsi dengan cara memasukkan tabung kecil di bawah kulit pada bagian tangan yang dilakukan oleh dokter atau bidan.

1. Cara kerja

- a. Mengentalkan lendir serviks
- b. Mengurangi proses pembekuan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
- c. Menekan ovulasi

2. Keuntungan

- a. Daya guna tinggi
- b. Perlindungan jangka panjang
- c. Kesuburan cepat kembali
- d. Tidak memerlukan pemeriksaan dalam

3. Kerugian

- a. Membutuhkan tindakan insisi
- b. Tidak melindungi dari PMS
- c. Tidak dapat menghentikan pemakaian sendiri

4. Efek samping

- a. Amenorrhea

- b. Spotting
- c. Ekspulsi
- d. Infeksi pada daerah insisi

4) Kontrasepsi Non-Hormonal

1. AKDR (IUD)

IUD adalah alat kontrasepsi dalam rahim yang kecil dengan kerangka terbuat dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T terselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu).

a. Cara kerja

- (1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi karena adanya Ion Cu yang dikeluarkan AKDR dengan Cupper menyebabkan gangguan gerak spermatozoa
- (2) Mempengaruhi fertilitas sebelum ovum mencapai kavum uteri
- (3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi
- (4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus karena terjadinya pematatan endometrium oleh leukosit, makrofag, dan limfosit

menyebabkan blastoksis mungkin dirusak oleh makrofag dan blastoksis.

b. Keuntungan

- (1) Aman
- (2) Sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat lagi
- (3) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- (4) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak takut perlu takut untuk hamil
- (5) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A)
- (6) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- (7) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi efek samping)
- (8) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- (9) Tidak ada interaksi antara obat-obatan
- (10) Membantu mencegah kehamilan ektopik.

c. Kerugian

- (1) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
- (2) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau pada perempuan yang sering mengonta-ganti pasangan

- (3) Tidak mencegah atau memeriksa terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi IUD untuk mencegah persalinan normal
- (4) Klien tidak dapat melepas IUD oleh diri sendiri. Petugas kesehatan terlatih yang harus melepaskan IUD
- (5) Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan IUD. Biasanya menghilang 1-2 hari
- (6) Perempuan harus memeriksa posisi benang IUD dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan jarinya kedalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan ini
- (7) Tali IUD dapat menimbulkan perlukaan portio uteri dan mengganggu hubungan seksual.

d. Efek samping

- (1) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
- (2) Haid lebih lama dan banyak
- (3) Saat haid lebih terasa sakit.

2. Kondom

Kondom merupakan kontrasepsi sederhana sebagai penghalang mekanik. Kondom mencegah kehamilan dan

infeksi menular seksual atau penyakit kelamin dengan cara menampung sperma agar tidak masuk kedalam vagina

a) Cara kerja

- (1) Mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita.
- (2) Sebagai alat kontrasepsi.
- (3) Sebagai pelindung terhadap infeksi atau transmisi mikro organisme penyebab PMS.

b) Keuntungan

- (1) Mencegah kehamilan.
- (2) Memberi perlindungan terhadap penyakit hubungan seksual.
- (3) Dapat diandalkan, relative murah.
- (4) Sederhana, ringan, disposable, reversible.
- (5) Tidak memerlukan pemeriksaan medis, supervise.
- (6) Tidak mengganggu produksi ASI.
- (7) Kondom tidak mempengaruhi kesuburan jika digunakan dalam jangka panjang.
- (8) Kondom mudah di dapat dan tersedia dengan harga yang terjangkau.

c) Kerugian

- (1) Kekurangan penggunaan kondom memerlukan latihan dan tidak efisien.

- (2) Karena sangat tipis maka kondom mudah robek bila tidak digunakan atau disimpan sesuai aturan.
- (3) Beberapa tidak dapat mempertahankan ereksinya saat menggunakan kondom.
- (4) Setelah terjadi ejakulasi, pria harus menarik penisnya dari vagina, bila tidak dapat terjadi risiko kehamilan atau penularan penyakit menular seksual.
- (5) Kondom yang terbuat dari latex dapat menimbulkan alergi bagi beberapa orang.

d) Efek samping

- (1) Terjadi iritasi pada kulit genitalia karena bahan kondom terbuat dari latex atau plastik di mana setiap individu bisa saja menjadi iritasi.
- (2) Tidak menutup kemungkinan terjadi iritasi seperti kemerahan atau gatal pada genitalia setelah pemakaian kondom.

3. Kontrasepsi Mantap

a. Tubektomi (MOW)

Tubektomi/MOW adalah setiap tindakan pada kedua saluran telur wanita atau saluran bibit pria yang mengakibatkan orang atau pasangan yang bersangkutan tidak akan mendapat keturunan lagi.

1) Mekanisme kerja

Dengan mengokulasi tuba fallopi (pengikatan dan pemotongan atau pemasangan cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

2) Keuntungan

- a) Motivasi hanya dilakukan 1 kali saja, sehingga tidak diperlukan motivasi yang berulang-ulang.
- b) Efektivitas hampir 100%.
- c) Tidak mempengaruhi saat melakukan hubungan seksual.
- d) Tidak mempengaruhi proses menyusui.
- e) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi risiko kesehatan yang serius.
- f) Tidak ada efek samping jangka panjang.
- g) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anastesi lokal.
- h) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek samping pada produksi hormon ovarium).

3) Kerugian

- (1) Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.

- (2) Dilakukan oleh dokter yang terlatih (dibutuhkan dokter spesialis ginekologi atau dokter spesialis bedah untuk proses laparos-kopi).
- (3) Tidak melindungi dari IMS termasuk HIV/AIDS.
- (4) Harus mempertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini(tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi rekanalisasi.
- (5) Pasien dapat menyesal kemudian hari.

b. Vasektomi (MOP)

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi. (Saifuddin, 2006).

(a) Mekanisme kerja

Dengan mengokulasi tufa fallopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum. Vasektomi merupakan operasi kecil dimana vas deferens berfungsi sebagai saluran transportasi spermatozoa di potong dan di sumbat. Vasektomi tidak mempengaruhi fungsi kelenjar-kelenjar asesoris maka produksi cairan semen tetap berlangsung dan pria yang di vasektomi tetap

berejakulasi dan ejakulasinya tanpa mengandung sel spermatozoa.

(b) Keuntungan

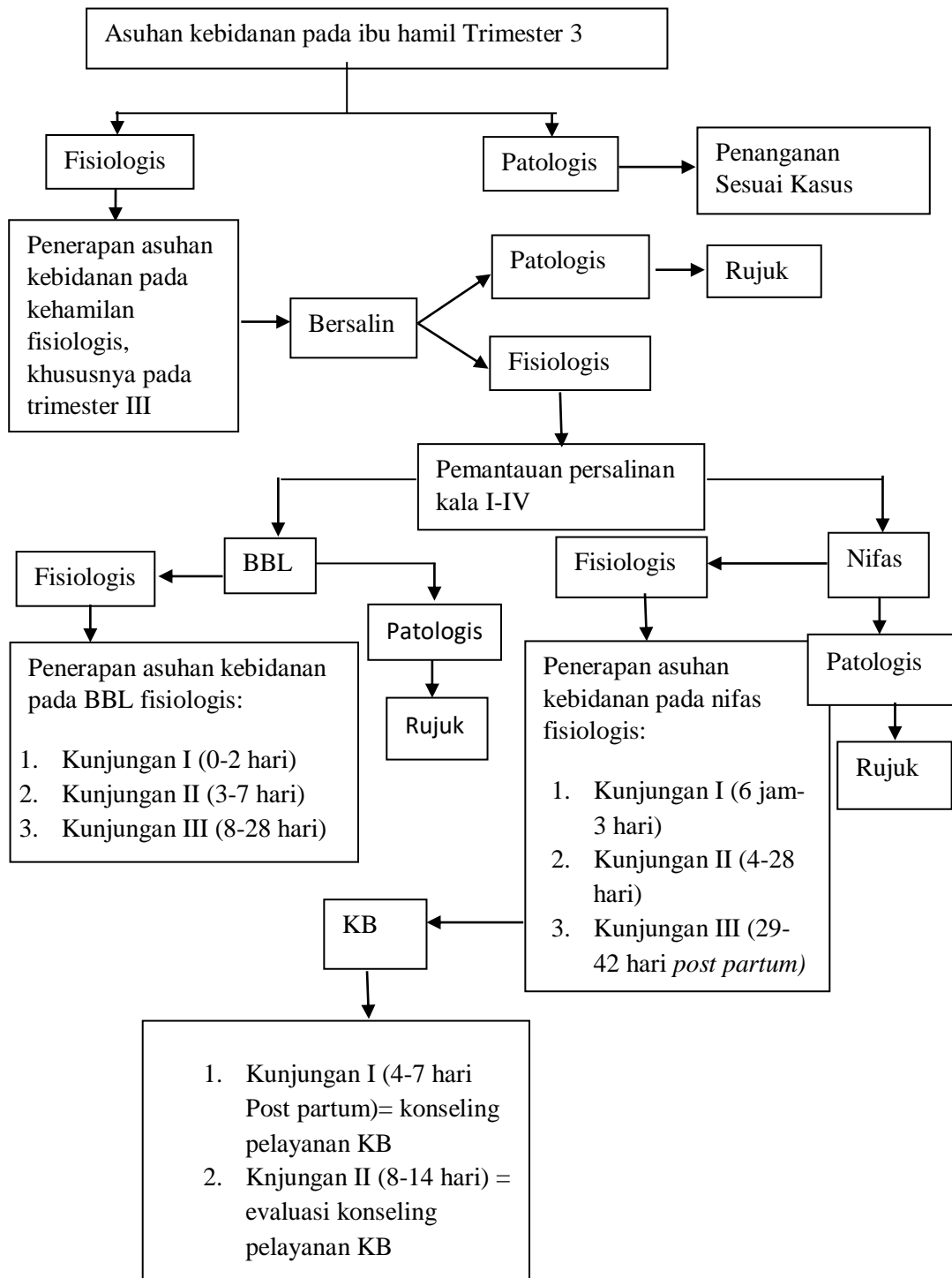
- (1) Efektif.
- (2) Aman, morbiditas rendah dan hampir tidak ada mortalitas.
- (3) Sederhana.
- (4) Sederhana, hanya memerlukan waktu 5-10 menit.
- (5) Menyenangkan bagi akseptor karena memerlukan anastesi local saja.
- (6) Biaya rendah

(c) Kerugian

- (1) Diperlukan suatu tindakan operatif.
- (2) Kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti perdarahan atau infeksi.
- (3) Kontap-pria belum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa, yang sudah ada di dalam sistem reproduksi distal dari tempat oklusi vas deferens dikeluarkan.

Problem psikologis yang berhubungan dengan perilaku seksual mungkin bertambah parah setelah tindakan operatif yang menyangkut sistem reproduksi (Hanafi, 2004)

2.2 Kerangka Pikir



2.3 Standar Asuhan Kebidanan

Dalam buku Keputusan Menteri Kesehatan yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan (2007) menuliskan Standar asuhan kebidanan dilakukan berdasarkan keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia No. 938/menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan.

Dalam buku Keputusan Menteri Kesehatan (2007) dijelaskan standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

1. Standar I: Pengkajian

a. Pernyataan standar

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan klien.

b. Kriteria pengkajian

Data tepat akurat dan lengkap.

- 1) Terdiri dari data subjektif (hasil anamnese: biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya).

- 2) Data objektif, (hasil pemeriksaan fisik, psikologis, dan pemeriksaan penunjang).

2. Standar II: Perumusan diagnosa dan masalah kebidanan

a. Pernyataan standar.

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

b. Kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah.

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
- 3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

3. Standar III: Perencanaan

a. Pernyataan standar.

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakan.

b. Kriteria perencanaan.

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien: tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komperhensif.
- 2) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.

- 4) Memiliki tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada.

4. Standar IV: Implementasi

a. Pernyataan standar

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

b. Kriteria

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosisal-spiritual-kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapat persetujuan dari klien atau keluarganya (*inform consent*).
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
- 4) Melibatkan pasien/klien dalam setiap tindakan.
- 5) Menjaga privasi klien/pasien.
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.

- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar.
- 10) Mencatat semua tindakan yang dilakukan

5. Standar V: Evaluasi

a. Pernyataan standar

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

b. Kriteria evaluasi

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/keluarga.
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. Standar VI: Pencatatan asuhan kebidanan

a. Pernyataan standar

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

b. Kriteria pencatatan asuhan kebidanan

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA).
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- 3) S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
- 4) O adalah objektif, mencatat hasil pemeriksaan
- 5) A adalah analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- 6) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif : penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/*follow up* dan rujukan.

2.4 Kewenangan Bidan

Wewenang bidan dalam memberikan pelayanan dijelaskan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 tentang izin penyelenggaraan praktik bidan terutama pada pasal 9 sampai dengan pasal 12.

1. Pasal 9

Dalam pasal ini menyebutkan bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan meliputi:

- a. Pelayanan kesehatan ibu
- b. Pelayanan kesehatan normal
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi Perempuan dan Keluarga Berencana

2. Pasal 10

a. Ayat 1

Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana yang dimaksud dalam pasal 9 huruf a diberikan pada masa pra hamil, kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan.

b. Ayat 2

Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) meliputi:

- 1) Pelayanan konseling pada masa hamil
- 2) Pelayanan antenatal pada masa kehamilan

- 3) Pelayanan persalinan normal
- 4) Pelayanan ibu menyusui
- 5) Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan

c. Ayat 3

Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berwenang untuk:

- 1) Episiotomi
- 2) Penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II
- 3) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan
- 4) Pemberian tablet Fe pada ibu hamil
- 5) Pemberian Vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
- 6) Fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif
- 7) Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum
- 8) Penyuluhan dan konseling
- 9) Bimbingan padakelompok ibu hamil
- 10) Pemberian surat keterangan kematian
- 11) Pemberian surat keterangan cuti bersalin

3. Pasal 11

a. Ayat 1

Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak pra sekolah

b. Ayat 2

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berwenang untuk :

- 1) Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi, pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi vit K 1, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatal (0-28 hr), perawatan tali pusat.
- 2) Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk
- 3) Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan rujukan
- 4) Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah
- 5) Pemantauan tubuh kembang bayi, anak balita dan anak prasekolah
- 6) Pemberian konseling dan penyuluhan
- 7) Pemberian surat keterangan kelahiran
- 8) Pemberian surat keterangan kematian

4. Pasal 12

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 huruf c berwenang untuk:

- a. Memberikan penyuluhan dan konseling; kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
- b. Memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom

2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.5.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

1. Langkah I Pengumpulan Data Dasar

Menurut Saminem (2009) pada langkah pertama, dilakukan pengkajian melalui pengumpulan semua data dasar yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Semua informasi yang akurat dikumpulkan dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Jika klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi, bidan akan melakukan konsultasi. Langkah-langkah dalam pengkajian data sebagai berikut:

a. Data Subjektif

1) Menanyakan identitas, yang meliputi:

Dalam bukunya, Walyani (2015) menjelaskan beberapa poin yang perlu dikaji dalam menanyakan identitas yaitu:

a) Nama Istri/Suami

Mengetahui nama klien dan suami berguna untuk memperlancar komunikasi dalam asuhan sehingga tidak terlihat kaku dan lebih akrab.

b) Umur

Umur perlu diketahui guna mengetahui apakah klien dalam kehamilan yang berisiko atau tidak. Usia dibawah 16 tahun dan diatas 35 tahun merupakan umur-umur yang berisiko tinggi untuk hamil. Umur yang baik untuk kehamilan maupun persalinan adalah 19 tahun-25 tahun.

c) Suku/Bangsa/Etnis/Keturunan

Ras, etnis, dan keturunan harus diidentifikasi dalam rangka memberikan perawatan yang peka budaya kepada klien.

d) Agama

Tanyakan pilihan agama klien dan berbagai praktik terkait agama yang harus diobservasi.

e) Pendidikan

Tanyakan pendidikan tertinggi yang klien tamatkan juga minat, hobi, dan tujuan jangka panjang. Informasi ini membantu klinisi memahami klien sebagai individu dan memberi gambaran kemampuan baca tulisnya.

f) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelahiran, prematur dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja yang dapat merusak janin.

g) Alamat Bekerja

Alamat bekerja klien perlu diketahui juga sebagai pelengkap identitas diri klien.

h) Alamat Rumah

Alamat rumah klien perlu diketahui bidan untuk lebih memudahkan saat pertolongan persalinan dan untuk mengetahui jarak rumah dengan tempat rujukan.

i) No.RMK (Nomor Rekam Medik)

Nomor rekam medik biasanya digunakan di Rumah Sakit, Puskesmas, atau Klinik.

j) Telepon

Pada poin ini Romauli (2011) berpendapat bahwa telepon perlu ditanyakan bila ada, untuk memudahkan komunikasi.

2) Menanyakan Alasan Kunjungan

Romauli (2011) menuliskan apakah alasan kunjungan ini karena ada keluhan atau hanya untuk memeriksakan kehamilan.

3) Menanyakan Keluhan Utama

Menurut Walyani (2015) keluhan utama adalah alasan kenapa klien datang ke tempat bidan. Hal ini disebut tanda atau gejala. Dituliskan sesuai dengan yang diungkapkan oleh klien serta tanyakan juga sejak kapan hal tersebut dikeluhkan oleh pasien.

4) Menanyakan Riwayat Menstruasi

Menurut Walyani (2015) yang perlu ditanyakan tentang riwayat menstruasi adalah sebagai berikut:

a) Menarche (usia pertama datang haid)

Usia wanita pertama haid bervariasi, antara 12-16 tahun. Hal ini dapat dipengaruhi oleh keturunan, keadaan gizi, bangsa, lingkungan, iklim dan keadaan umum.

b) Siklus

Siklus haid dihitung mulai hari pertama haid hingga hari pertama haid berikutnya, siklus haid perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien

mempunyai kelainan siklus haid atau tidak. Siklus haid normal biasanya adalah 28 hari.

c) Lamanya

Lamanya haid yang normal adalah ± 7 hari. Apabila sudah mencapai 15 hari berarti sudah abnormal dan kemungkinan adanya gangguan ataupun penyakit yang mempengaruhinya.

d) Banyaknya

Normalnya yaitu 2 kali ganti pembalut dalam sehari. Apabila darahnya terlalu berlebih, itu berarti telah menunjukkan gejala kelainan banyaknya darah haid.

e) Disminorhoe (Nyeri Haid)

Nyeri haid perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien menderita atau tidak di tiap haidnya. Nyeri haid juga menjadi tanda bahwa kontraksi uterus klien begitu hebat sehingga menimbulkan nyeri haid.

5) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang Lalu

Kehamilan :

Menurut Marmi (2014) yang masuk dalam riwayat kehamilan adalah informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi pada saat itu. Adakah gangguan

seperti perdarahan, muntah yang sangat (sering), *toxemia gravidarum*.

Persalinan :

Menurut Marmi (2014) riwayat persalinan pasien tersebut spontan atau buatan, aterm atau prematur, perdarahan, ditolong oleh siapa (bidan, dokter).

Nifas :

Marmi (2014) menerangkan riwayat nifas yang perlu diketahui adakah panas atau perdarahan, bagaimana laktasi.

Anak :

Menurut Marmi (2014) yang dikaji dari riwayat anak yaitu jenis kelamin, hidup atau tidak, kalau meninggal berapa dan sebabnya meninggal, berat badan waktu lahir.

6) Riwayat Kehamilan Sekarang

Menurut Walyani (2015) dalam mengkaji riwayat kehamilan sekarang yang perlu ditanyakan diantaranya:

a) HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir)

HPHT ditanyakan untuk mengetahui umur kehamilan seperti rumus Naegele yaitu dengan menghitung dari HPHT ke tanggal pemeriksaan saat ini.

b) TP (Tafsiran Persalinan)

Perhitungan dilakukan dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pada HPHT atau mengurangi bulan dengan 3, kemudian menambahkan 7 hari dan 1 tahun.

c) Masalah-Masalah

(1) Trimester I

Tanyakan pada klien apakah ada masalah pada kehamilan trimester I, masalah-masalah tersebut misalnya *hiperemesis gravidarum*, anemia, dan lain-lain.

(2) Trimester II

Tanyakan pada klien masalah apa yang pernah ia rasakan pada trimester II kehamilan.

(3) Trimester III

Tanyakan pada klien masalah apa yang pernah ia rasakan pada trimester III kehamilan.

d) ANC

Tanyakan pada klien asuhan kehamilan apa saja yang pernah ia dapatkan selama kehamilan trimester I, II, dan III.

e) Tempat ANC

Tanyakan pada klien dimana tempat ia mendapatkan asuhan kehamilan tersebut.

f) Penggunaan Obat-Obatan

Pengobatan penyakit saat hamil harus selalu memperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbang janin.

g) Imunisasi TT

Tanyakan kepada klien apakah sudah pernah mendapatkan imunisasi TT.

h) Penyuluhan Yang Didapat

Penyuluhan apa yang pernah didapatkan klien perlu ditanyakan untuk mengetahui pengetahuan apa saja yang kira-kira telah didapat klien dan berguna bagi kehamilannya.

7) Riwayat KB

Menurut Walyani (2015) yang perlu dikaji dalam riwayat KB diantaranya metode KB apa yang selama ini ia gunakan, berapa lama ia telah menggunakan alat kontrasepsi tersebut, dan apakah ia mempunyai masalah saat menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

8) Pola Kebiasaan Sehari-hari

Menurut Walyani (2015) dalam pola kebiasaan sehari-hari yang perlu dikaji diantaranya:

- a) Pola Nutrisi: jenis makanan, porsi, frekuensi
- b) Kebiasaan Merokok/Minuman Keras/Obat Terlarang

Hal ini perlu ditanyakan karena ketiga kebiasaan tersebut secara langsung dapat memengaruhi pertumbuhan, perkembangan janin.

c) Pola Eliminasi

Yang dikaji adalah pola BAB (Buang Air Besar) dan BAK (Buang Air Kecil), poin yang perlu ditanyakan yaitu frekuensi, warna, dan masalah dalam pola eliminasi.

d) Pola Seksual

Sebaiknya koitus dihindari pada kehamilan muda sebelum 16 minggu dan pada hamil tua, karena akan merangsang kontraksi.

e) Personal Hygiene

Poin penting yang perlu dikaji adalah frekuensi mandi, gosok gigi, dan ganti pakaian.

f) Pola Istirahat dan Tidur

Yang perlu dikaji adalah lama waktu untuk tidur siang dan tidur malam.

g) Pola Aktivitas

Tanyakan bagaimana aktivitas klien. Beri anjuran kepada klien untuk menghindari mengangkat beban berat, kelelahan, latihan yang berlebihan, dan olahraga berat.

9) Menanyakan Riwayat Kesehatan

Menurut Walyani (2015) dalam riwayat kesehatan yang perlu dikaji yaitu:

a) Riwayat Kesehatan Ibu

Tanyakan kepada klien penyakit apa yang pernah diderita klien dan yang sedang diderita klien. Hal ini diperlukan untuk menentukan bagaimana asuhan berikutnya.

b) Riwayat Kesehatan Keluarga

Tanyakan pada klien apakah mempunyai keluarga yang saat ini sedang menderita penyakit menular. Apabila klien mempunyai keluarga yang menderita penyakit menular sebaiknya bidan menyarankan kepada klien untuk menghindari secara langsung atau tidak langsung bersentuhan fisik atau mendekati keluarga tersebut untuk sementara waktu agar tidak menular pada ibu hamil dan janinnya. Tanyakan juga kepada klien apakah mempunyai penyakit keturunan. Hal ini diperlukan untuk mendiagnosa apakah si janin berkemungkinan akan menderita penyakit tersebut atau tidak.

10) Menanyakan Data Psikologis

Menurut Walyani (2015) yang perlu dikaji dalam data psikologis yaitu:

a) Respon Ibu Hamil Terhadap Kehamilan

Respon ibu hamil pada kehamilan yang diharapkan diantaranya siap untuk hamil dan siap menjadi ibu, lama didambakan, salah satu tujuan perkawinan. Sedangkan respon ibu hamil pada kehamilan yang tidak diharapkan seperti belum siap dan kehamilan sebagai beban (mengubah bentuk tubuh, mengganggu aktivitas).

b) Respon Suami Terhadap Kehamilan

Respon suami terhadap kehamilan perlu diketahui untuk lebih memperlancar asuhan kehamilan.

c) Dukungan Keluarga Lain Terhadap Kehamilan

Tanyakan bagaimana respon dan dukungan keluarga lain misalnya anak (apabila telah mempunyai anak), orang tua, mertua klien.

d) Pengambilan Keputusan

Pengambilan keputusan perlu ditanya karena untuk mengetahui siapa yang diberi kewenangan klien mengambil keputusan apabila ternyata bidan mendiagnosa adanya keadaan patologis bagi kondisi

kehamilan klien yang memerlukan adanya penanganan serius.

11) Menanyakan Riwayat Perkawinan

Walyani (2015) menjelaskan dalam status pernikahan yang perlu dikaji diantaranya:

a) Menikah

Tanyakan status klien, apakah ia sekarang sudah menikah atau belum menikah. Hal ini penting untuk mengetahui status kehamilan tersebut apakah dari hasil pernikahan yang resmi atau hasil dari kehamilan yang tidak diinginkan. Status pernikahan bisa berpengaruh pada psikologis ibunya pada saat hamil.

b) Usia Saat Menikah

Tanyakan pada klien pada usia berapa ia menikah. Hal ini diperlukan karena apabila klien mengatakan bahwa ia menikah di usia muda sedangkan klien pada saat kunjungan awal ke tempat bidan sudah tidak lagi muda dan kehamilannya adalah yang pertama, ada kemungkinan bahwa kehamilannya saat ini adalah kehamilan yang sangat diharapkan. Hal ini akan berpengaruh bagaimana asuhan kehamilannya.

c) Lama Pernikahan

Tanyakan kepada klien sudah berapa lama menikah. Apabila klien mengatakan bahwa telah lama menikah dan baru saja bisa mempunyai keturunan, maka kemungkinan kehamilannya saat ini adalah kehamilan yang sangat diharapkan.

d) Dengan Suami Sekarang

Tanyakan pada klien sudah berapa lama menikah dengan suami sekarang, apabila mereka tergolong pasangan muda, maka dapat dipastikan dukungan suami akan sangat besar terhadap kehamilannya.

b. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

Dalam pemeriksaan umum yang perlu dilakukan diantaranya pemeriksaan:

a) Keadaan Umum

Mengetahui data inidengan mengamati keadaan umum pasien secara keseluruhan.

b) Kesadaran

Menurut Rukiyah dkk (2010) Penilaian keadaan umum dapat menggunakan penilaian Glasgow Coma Scale seperti berikut:

Keterangan:

- (1) Compos mentis: sadar penuh
- (2) Apatis : perhatian berkurang
- (3) Somnolen : mudah tertidur walaupun sedang diajak bicara
- (4) Sopor : dengan rangsangan kuat masih memberi respon gerakan
- (5) Sopor-comatus : hanya tinggal refleks cornea (sentuhan ujung kapas pada kornea akan menutup kornea mata)
- (6) Coma : tidak memberi respon sama sekali

c) Tinggi Badan

Menurut Walyani (2015) tinggi badan diukur dalam cm, tanpa sepatu. Tinggi badan kurang dari 145 cm ada kemungkinan terjadi *Cepalo Pelvic Disproportion* (CPD).

d) Berat Badan

Menurut Walyani (2015) berat badan yang bertambah terlalu besar atau kurang, perlu mendapat perhatian khusus karena kemungkinan terjadi penyulit kehamilan.

e) Lingkar Lengan Atas (LILA)

Menurut Pantikawati & Saryono (2010) standar minimal untuk lingkar lengan atas pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika ukuran LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah kurang energi kronik (KEK).

f) Tanda-Tanda Vital

1) Tekanan Darah

Menurut Walyani (2015) tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg sampai 140/90 mmHg. Bila >140/90 mmHg, hati-hati adanya hipertensi/preeklamsi.

2) Nadi

Menurut Marmi (2014) denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut permenit (dpm). Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi lebih dari 100 dpm. Periksa adanya eksoflatmia dan hiperrefleksia yang menyertai.

3) Pernafasan

Menurut Romauli (2011) untuk mengetahui fungsi sistem pernafasan. Normalnya 16-2 kali/menit.

4) Suhu

Menurut Walyani (2015) suhu badan normal adalah 36,5°C sampai 37,5°C. Bila suhu lebih dari 37,5°C kemungkinan ada infeksi.

2) Pemeriksaan Fisik

a) Muka

Menurut Romauli (2011) dalam pemeriksaan muka tampak *cloasma gravidarum* sebagai akibat deposit pigmen yang berlebihan.

b) Mata

Menurut Walyani (2015) untuk pemeriksaan mata yang perlu diperiksa palpebra, konjungtiva, dan sklera. Periksa palpebra untuk memperkirakan gejala oedem umum. Periksa konjungtiva dan sklera untuk memperkirakan adanya anemia dan ikterus.

c) Hidung

Menurut Romauli (2011) hidung yang normal tidak ada polip, kelainan bentuk, kebersihan cukup.

d) Telinga

Menurut Romauli (2011) telinga yang normal tidak ada serumen berlebih dan tidak berbau, bentuk simetris.

e) Mulut

Menurut Romauli (2011) dalam pemeriksaan mulut adakah sariawan, bagaimana kebersihannya. Dalam kehamilan sering timbul *stomatitis* dan *gingivitis* yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih. Adakah *caries*, atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi *caries* yang berkaitan dengan emesis, hiperemesis gravidarum. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi.

f) Leher

Menurut Marmi (2014) dalam pemeriksaan leher perlu diperiksa apakah vena terbendung di leher (misalnya pada penyakit jantung), apakah kelenjar gondok membesar atau kelenjar limfa membengkak.

g) Dada

Menurut Walyani (2015) dalam pemeriksaan dada perlu inspeksi bentuk payudara, benjolan, pigmentasi puting susu. Palpasi adanya benjolan (*tumor mammae*) dan *colostrum*

h) Perut

Menurut Walyani (2015) pada pemeriksaan perut perlu inspeksi pembesaran perut (bila pembesaran perut itu berlebihan kemungkinan asites, tumor, ileus, dan lain-lain), pigmentasi di *linea alba*, nampaklah gerakan anak atau kontraksi rahim, adakah *striae gravidarum* atau luka bekas operasi.

i) Ekstremitas

Menurut Walyani (2015) pada pemeriksaan ekstremitas perlu inspeksi pada tibia dan jari untuk melihat adanya oedem dan varises.

3) Pemeriksaan Kebidanan

a) Palpasi Uterus

(1) Leopold I

Menurut Walyani (2015) untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus dan mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis untuk menentukan usia kehamilan dengan menggunakan jari (kalau < 12 minggu) atau cara Mc Donald dengan pita ukuran (kalau > 22 minggu).

(2) Leopold II

Menurut Walyani (2015) untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin yang teraba di sebelah kanan atau kiri.

(3) Leopold III

Menurut Walyani (2015) untuk menentukan bagian janin yang ada dibawah (presentasi).

(4) Leopold IV

Menurut Romauli (2011) untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin ke dalam PAP. Posisi tangan masih bisa bertemu dan belum masuk PAP (konvergen), posisi tangan tidak bertemu dan sudah masuk PAP (divergen).

b) Auskultasi

Menurut Romauli (2011) pada auskultasi normal terdengar denyut jantung di bawah pusat ibu (baik bagian kanan atau kiri). Mendengarkan denyut jantung bayi meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120 sampai 160 x/menit.

c) Pemeriksaan Ano-Genital

Menurut Walyani (2015) pemeriksaan anus dan vulva. Vulva diinspeksi untuk mengetahui adanya oedema,

varices, keputihan, perdarahan, luka, cairan yang keluar, dan sebagainya.

Menurut Romauli (2011) pada pemeriksaan anus normalnya tidak ada benjolan atau pengeluaran darah dari anus.

d) Perkusi

Menurut Romauli (2011) pada perkusi dikatakan normal bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin tanda pre eklamsi. Bila refleks patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1.

4) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Darah

Menurut Romauli (2011) yang diperiksa adalah golongan darah ibu dan kadar hemoglobin. Pemeriksaan hemoglobin dilakukan untuk mendeteksi faktor risiko kehamilan yang adanya anemia.

b) Pemeriksaan Urin

Menurut Romauli (2011) pemeriksaan yang dilakukan adalah reduksi urin dan kadar albumin dalam urin sehingga diketahui apakah ibu menderita preeklamsi atau tidak.

Menurut Winkjosastro (2007) gula dalam urin untuk memeriksa kadar gula dalam urine. Hasilnya:

- (1) Negatif (-) warna biru sedikit kehijau-hijauan dan sedikit keruh
- (2) Positif 1 (+) hijau kekuning-kuningan dan agak keruh
- (3) Positif 2 (++) kuning keruh
- (4) Positif 3 (+++) jingga keruh
- (5) Positif 4 (++++) merah keruh

2. Interpretasi data (diagnosa / masalah)

a) Hamil atau tidak : Untuk menjawab pertanyaan ini kita mencari tanda-tanda kehamilan. Tanda-tanda kehamilan dapat dibagi dalam 2 golongan:

- (1) Tanda-tanda pasti
 - (a) Mendengar bunyi jantung anak
 - (b) Melihat, meraba atau mendengar pergerakan anak oleh pemeriksa
 - (c) Melihat rangka janin dengan sinar rontgen atau dengan ultrasound. Jika hanya salah satu dari tanda-tanda ini ditemukan diagnosa kehamilan dapat dibuat dengan pasti. Sayang sekali tanda-tanda pasti baru timbul pada kehamilan yang sudah lanjut, ialah di atas 4 bulan, tapi dengan mempergunakan ultrasound

kantong kehamilan sudah nampak pada kehamilan 10 minggu dan bunyi jantung anak sudah dapat didengar pada kehamilan 12 minggu. Tanda-tanda pasti kehamilan adalah tanda-tanda obyektif. Semuanya didapatkan oleh si pemeriksa.

(2) Tanda-tanda mungkin

Tanda-tanda mungkin sudah timbul pada hamil muda, tetapi dengan tanda-tanda mungkin kehamilan hanya boleh diduga. Makin banyak tanda-tanda mungkin kita dapati makin besar kemungkinan kehamilan. Tanda-tanda mungkin antara lain:

- (a) Pembesaran, perubahan bentuk dan konsistensi rahim
- (b) Perubahan pada cerviks
- (c) Kontraksi braxton hicks
- (d) Balotemen (ballotement)
- (e) Meraba bagian anak
- (f) Pemeriksaan biologis
- (g) Pembesaran perut
- (h) Keluarnya colostrum
- (i) Hyperpigmentasi kulit seperti pada muka yang disebut cloasma gravidarum (topeng kehamilan).

(3) Tanda chadwik

- (a) Adanya amenore
- (b) Mual dan muntah
- (c) Sering kencing karena rahim yang membesar menekan pada kandung kencing
- (d) Perasaan dada berisi dan agak nyeri.

b) Primi atau multigravida

Perbedaan antara primigravida dan multigravida adalah:

(1) Primigravida

- (a) Buah dada tegang
- (b) Puting susu runcing
- (c) Perut tegang dan menonjol kedepan
- (d) Striae lividae
- (e) Perinium utuh
- (f) Vulva tertutup
- (g) Hymen perforatus
- (h) Vagina sempit dan teraba rugae
- (i) Porsio runcing

(2) Multigravida

- (a) Buah dada lembek, menggantung
- (b) Puting susu tumpul
- (c) Perut lembek dan tergantung
- (d) Striae lividae dan striae albicans

- (e) Perinium berparut
- (f) Vulva menganga
- (g) Carunculae myrtiformis
- (h) Vagina longgar, selaput lendir licin
- (i) Porsio tumpul dan terbagi dalam bibir depan dan bibir belakang.

c) Tuanya kehamilan dapat diduga dari:

- (1) Lamanya amenore
- (2) Dari tingginya fundus uteri
- (3) Dari besarnya anak terutama dari besarnya kepala anak misalnya diameter biparietal dapat di ukur secara tepat dengan ultrasound
- (4) Dari saat mulainya terasa pergerakan anak
- (5) Dari saat mulainya terdengar bunyi jantung anak
- (6) Dari masuk atau tidak masuknya kepala ke dalam rongga panggul
- (7) Dengan pemeriksaan amniocentesis

d) Janin hidup atau mati

- (1) Tanda-tanda anak mati adalah :
 - (a) Denyut jantung janin tidak terdengar
 - (b) Rahim tidak membesar dan fundus uteri turun
 - (c) Palpasi anak menjadi kurang jelas
 - (d) Ibu tidak merasa pergerakan anak

(2) Tanda-tanda anak hidup adalah :

- (a) Denyut jantung janin terdengar jelas
- (b) Rahim membesar
- (c) Palpasi anak menjadi jelas
- (d) Ibu merasa ada pergerakan anak
- (e) Anak/janin tunggal atau kembar

(3) Tanda-tanda anak kembar adalah :

- (a) Perut lebih besar dari umur kehamilan
- (b) Meraba 3 bagian besar/lebih (kepala dan bokong)
- (c) Meraba 2 bagian besar berdampingan
- (d) Mendengar denyut jantung janin pada 2 tempat
- (e) USG nampak 2 kerangka janin

(4) Tanda-tanda anak tunggal adalah :

- (a) Perut membesar sesuai umur kehamilan
- (b) Mendengar denyut jantung janin pada 1 tempat
- (c) USG nampak 1 kerangka janin

e) Letak janin (letak kepala) : Istilah letak anak dalam rahim mengandung 4 pengertian di antaranya adalah :

- (1) Situs (letak) : Letak sumbu panjang anak terhadap sumbu panjang ibu, misalnya ; letak bujur, letak lintang dan letak serong.
- (2) Habitus (sikap) : Sikap bagian anak satu dengan yang lain, misalnya ; fleksi (letak menekur) dan defleksi (letak

menengadiah). Sikap anak yang fisiologis adalah : badan anak dalam kyphose, kepala menekur, dagu dekat pada dada, lengan bersilang di depan dada, tungkai terlipat pada lipatan paha, dan lekuk lutut rapat pada badan.

(3) *Position* (kedudukan) : Kedudukan salah satu bagian anak yang tertentu terhadap dinding perut ibu/jalan lahir misalnya ; punggung kiri, punggung kanan

(4) Presentasi (bagian terendah) : Misalnya presentasi kepala, presentasi muka, presentasi dahi

f) Intra uterin atau ekstra uterin

(1) Intra uterine (kehamilan dalam rahim)

Tanda-tandanya :

(a) Palpasi uterus berkontraksi (Braxton Hicks)

(b) Terasa ligamentum rotundum kiri kanan

(2) Ekstra uterine (kehamilan di luar rahim) : Kehamilan di luar rahim di sebut juga kehamilan ektopik, yaitu kehamilan di luar tempat yang biasa. Tanda-tandanya :

(a) Pergerakan anak di rasakan nyeri oleh ibu

(b) Anak lebih mudah teraba

(c) Kontraksi Braxton Hicks negative

(d) Rontgen bagian terendah anak tinggi

(e) Saat persalinan tidak ada kemajuan

(f) VT kavum uteri kosong

g) Keadaan jalan lahir (normal/CPD) : Apakah keadaan panggul luarnya dalam keadaan normal

h) Keadaan umum penderita (sehat/tidak) : Keadaan umum ibu sangat mempengaruhi proses persalinan. Ibu yang lemah atau sakit keras tentu tidak di harapkan menyelesaikan proses persalinan dengan baik. Sering dapat kita menduga bahwa adanya penyakit pada wanita hamil dari keadaan umum penderita atau dari anamnesa.

3. Antisipasi masalahh potensial

Bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial benar-benar terjadi (Walyani, 2015).

4. Tindakan segera

Mengantisipasi perlunya tindakan segera oleh bidan dan dokter untuk konsultasi atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain (Walyani, 2015).

5. Perencanaan dan rasionalisas

Kriteria perencanaan menurut Kemenkes No. 938 tahun 2007:

- a. Rencana tindakan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.
- b. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
- c. Mempertimbangkan kondisi psikologi social budaya klien/keluarga.
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- e. Memperuntungkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

Rencana yang diberikan bersifat menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi/masalah klien, tapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien tersebut, apakah kebutuhan perlu konseling, penyuluhan dan apakah pasien perlu di rujuk karena ada masalah-masalah yang berkaitan dengan masalah kesehatan lain. Pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien dan keluarga, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya (Romauli, 2011).

Kriteria : klien mengerti tentang penjelasan yang diberikan petugas

Intervensi :

1) Melakukan pendekatan pada klien.

Rasional : dengan pendekatan, terjalin kerja sama dan kepercayaan terhadap bidan

2) Jelaskan kepada klien tentang kehamilannya

Rasional : dengan mengerti kehamilan, ibu dapat menjaga dan mau melakukan nasihat bidan

3) Anjurkan pada klien agar memeriksakan kehamilan secara rutin sesuai usia kehamilan

Rasional : deteksi dini adanya kelainan, baik pada klien maupun janin

4) Anjurkan pada klien untuk beristirahat dan mengurangi kerja berat

Rasional : relaksasi otot sehingga aliran darah lancar.

Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien.

a) Sakit pinggang

(1) Tujuannya adalah setelah melakukan asuhan kebidanan diharapkan klien mengerti penyebab sakit pinggang

(2) Kriteria : klien mengerti penjelasan petugas

(3) Intervensi :

(a) Jelaskan tentang penyebab penyakit pinggang.

Rasional : titik berat badan pindah kedepan karena perut yang membesar. Hal ini di imbangi lordosis yang menyebabkan spasme otot pinggang

(b) Anjurkan klien untuk memakai sandal atau sepatu bertumit rendah.

Rasional : hal ini akan menguirangi beban klien

(c) Anjurkan klien untuk istirahat yang cukup

Rasional : terjadi relaksasi sehingga aliran darah ke seluruh tubuh lancar.

(d) Jelaskan pada klien bahwa sakit pinggang akan menghilang setelah melahirkan.

Rasional : dengan berakhirnya kehamilan, postur tubuh kembali seperti semula.

b) Masalah sering berkemih

(1) Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan klien mengerti penyebab sering berkemih

(2) Kriteria : klien dapat beradaptasi dengan perubahan eliminasi urine dan klien mengerti penyebab sering berkeemih.

(3) Intervensi :

(a) Jelaskan penyebab sering berkemih

Rasional : turunnya kepala janin ke rongga panggul sehingga kandung kemih tertekan

(b) Anjurkan klien untuk menjaga kebersihan

Rasional : hal ini dapat mempertahankan kesehatan

(c) Ajarkan teknik relaksasi untuk membebaskan rahim yang menekan

Rasional : posisi relaksasi dapat mengurangi penekanan pada kandung kemih

c) Masalah cemas menghadapi proses persalinan

(1) Tujuan : setelah dilakukan asuhan kebidanan selama 15 menit, rasa cemas berkurang.

(2) Kriteria : klien tidak merasa cemas, ekspresi wajah tenang.

(3) Intervensi :

(a) Jelaskan pada klien tentang proses persalinan normal.

Rasional : dengan pengetahuan tentang proses persalinan, klien siap menghadapi saat persalinan.

(b) Jelaskan pada klien tanda persalinan.

Rasional : upaya persiapan fisik dan mental menjelang persalinan.

(c) Anjurkan klien untuk mempersiapkan fisik dan mental dalam menghadapi persalinan.

Rasional : motivasi mendorong penerimaan dan meningkatkan keinginan untuk tetap berhati-hati dalam menjaga kehamilannya.

(d) Anjurkan klien untuk lebih mendekatkan diri kepada Tuhan Yang Maha Esa.

Rasioanal : dengan banyak berdoa dan lebih mendekatkan diri kepada Tuhan, akan timbul rasa percaya diri yang kuat

d) Masalah gangguan tidur

(1) Tujuan : waktu tidur klien terpenuhi (8-10 jam/hari)

(2) Kriteria : klien dapat tidur nyenyak, klien tidak merasa lelah.

(3) Intervensi :

(a) Jelaskan penyebab gangguan tidur

Rasional : dengan mengetahui penyebab gangguan tidur, klien mengerti tindakan yang akan dilakukan.

(b) Sarankan klien untuk tidur dengan kepala di tinggikan dan posisi miring.

Rasional : posisi rileks dapat mengurangi ketegangan otot.

(c) Ciptakan lingkungan yang tenang.

Rasional : lingkungan yang tenang dapat menyebabkan klien beristirahat dan tidur tanpa gangguan secara teratur sehingga meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk perkembangan dan pertumbuhan janin.

e) Potensial terjadi penyulit persalinan

(1) Tujuan : tidak terjadi penyulit saat persalinan

(2) Kriteria : ibu dapat partus pada kehamilan aterm dan tidak terjadi komplikasi pada klien atau janin.

(3) Intervensi :

(a) Siapkan fisik dan mental ibu untuk menghadapi persalinan.

Rasional : persiapan fisik dan mental merupakan modal klien untuk dapat menerima dan bekerja sama dalam mengambil keputusan.

(b) Sarankan ibu untuk mengikuti senam hamil.

Rasional : hal ini dapat memperkuat dan

mempertahankan elastisitas otot dasar panggul yang berhubungan dengan persalinan.

(c) Sarankan klien untuk melahirkan di rumah sakit yang mempunyai fasilitas yang memadai.

Rasional : fasilitas yang memadai dapat memberikan pelayanan dan pertolongan yang efektif.

6. Pelaksanaan : Pada langkah ini rencana asuhan yang komprehensif yang telah dibuat dapat dilaksanakan secara efisien seluruhnya oleh bidan atau dokter atau tim kesehatan lainnya (Romauli, 2011)

7. Evaluasi

Kriteria evaluasi menurut Kepmenkes No. 938 tahun 2007:

- a. Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan kepada klien/ keluarga.
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

Dalam evaluasi, gunakan format SOAP, yaitu :

S : Data yang diperoleh dari wawancara langsung

O : Data yang diperoleh dari observasi dan pemeriksaan

A : Pernyataan yang terjadi atas data subyektif dan data obyektif.

P : Perencanaan yang ditentukan berdasarkan sesuai dengan masalah.

2.5.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin

Menurut Marmi (2011), gunakan format SOAP yaitu :

a. Subyektif

1) Keluhan utama

Keluhan utama atau alasan utama wanita datang kerumah sakit atau bidan ditentukan dalam wawancara. Hal ini bertujuan mendiagnosa persalinan tanpa menerima pasien secara resmi mengurangi atau menghindari beban biaya pada pasien. Ibu diminta untuk menjelaskan hal-hal berikut :

- a) Frekuensi dan lama kontraksi
- b) Lokasi dan karakteristik rasa tidak nyaman akibat kontraksi
- c) Menetapkan kontraksi meskipun perubahan posisi saat ibu berjalan atau berbaring
- d) Keberadaan dan karakter rabas atau show dari vagina
- e) Status membran amnion

Pada umumnya klien mengeluh nyeri pada daerah pinggang menjalar keperut, adanya his yang semakin

sering, teratur, keluarnya lendir darah, perasaan selalu ingin buang air kemih

2) Pola Aktivitas Sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Aspek ini adalah komponen penting dalam riwayat prenatal. Status nutrisi seorang wanita memiliki efek langsung pada pertumbuhan dan perkembangan janin. Pengkajian diet dapat mengungkapkan data praktek khusus, alergi makanan, dan perilaku makan, serta factor-faktor lain yang terkait dengan status nutrisi. Jumlah tambahan kalori yang dibutuhkan ibu hamil adalah 300 kalori dengan komposisi menu seimbang (cukup mengandung karbohidrat, protein, lemak, nutrisi, vitamin, air dan mineral).

b) Pola Eliminasi

Pola eliminasi meliputi BAK dan BAB. Dalam hal ini perlu dikaji terakhir kali ibu BAK dan BAB. Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin sehingga diharapkan ibu dapat sesering mungkin BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan, yang dapat mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi. Pada akhir trimester III dapat terjadi konstipasi.

c) Pola Personal Hygiene

Kebersihan tubuh senantiasa dijaga kebersihannya. Baju hendaknya yang longgar dan mudah dipakai, sepatu atau alas kaki dengan tumit tinggi agar tidak dipakai lagi.

d) Pola fisik dan istirahat

Klien dapat melakukan aktifitas biasa terbatas aktifitas ringan, membutuhkan tenaga banyak, tidak membuat klien cepat lelah, capek, lesu. Pada kala I apabila kepala janin masuk sebagian ke dalam PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan untuk duduk dan berjalan-jalan disekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring, kekanan atau ke kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kiri atau ke kanan tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur pada kala I – kala IV.

e) Pola aktifitas seksual

Pada kebanyakan budaya, aktifitas seksual tidak dilarang sampai akhir kehamilan. Sampai saat ini belum membuktikan dengan pasti bahwa koitus dengan organisme dikontraindikasikan selama masa hamil.

Untuk wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetrik yang prima.

f) Pola kebiasaan lain

Minuman berakhol, asap rokok dan substansi lain sampai saat ini belum ada standar penggunaan yang aman untuk ibu hamil. Walaupun minum alcohol sesekali tidak berbahaya, baik bagi ibu maupun perkembangan embrio maupun janinnya, sangat dianjurkan untuk tidak minum alcohol sama sekali. Merokok atau terus menerus menghirup asap rokok dikaitkan dengan pertumbuhan dengan perkembangan janin, peningkatan mortalitas dan morbiditas bayi dan perinatal. Kesalahan subklinis tertentu atau defisiensi pada mekanisme intermediet pada janin mengubah obat yang sebenarnya tidak berbahaya menjadi berbahaya. Bahay terbesar yang menyebabkan efek pada perkembangan janin akibat penggunaan obat-obatan dapat muncul sejak fertilisasi sampai sepanjang pemeriksaan trimester pertama.

b. Obyektif

1) Pemeriksaan umum

- a) Kesadaran
- b) Tekanan darah : Diukur untuk mengetahui kemungkinan preeklamsia yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140/90 mmHg
- c) Denyut nadi : Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90 x/menit.
- d) Pernapasan : Untuk mengetahui fungsi sistem pernapasan, normalnya 16-20x/menit
- e) Suhu : Suhu tubuh normal 36-37,5°C
- f) LILA : Untuk mengetahui status gizi ibu, normalnya 23,5 Cm
- g) Berat badan : Ditimbang waktu tiap kali ibu datang untuk kontrol kandungannya
- h) Tinggi Badan : Pengukuran cukup dilakukan satu kali yaitu saat ibu melakukan pemeriksaan kehamilan pertama kali.

2) Pemeriksaan fisik obstetric

- a) Muka : apakah oedema atau tidak, sianosis atau tidak
- b) Mata : konjungtiva : normalnya berwarna merah muda, sclera : normalnya berwarna putih

- c) Hidung : bersih atau tidak, ada luka atau tidak, ada sekret atau tidak
- d) Leher : ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe atau tidak
- e) Dada : payudara simetris atau tidak, puting bersih dan menonjol atau tidak, hiperpigmentasi aerola atau tidak, colostrum sudah keluar atau tidak
- f) Abdomen : ada luka bekas SC atau tidak, ada linea atau tidak, striae albicans atau lividae
 - a) Leopold I : tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan atau tidak, di fundus normalnya teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong).
 - b) Leopold II : normalnya teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung), pada satu sisi uterus dan pada sisi lainnya teraba bagian kecil.
 - c) Leopold III : normalnya teraba bagian yang bulat keras dan melenting pada bagian bawah uterus ibu (simfisis) apakah sudah masuk PAP atau belum.
 - d) Leopold IV : dilakukan jika pada Leopold III teraba bagian janin sudah masuk PAP. Dilakukan dengan menggunakan patokan dari penolong dan simfisis ibu, berfungsi untuk mengetahui penurunan presentasi.

- g) Denyut Jantung Janin(DJJ) : terdengar denyut jantung dibawah pusat ibu (baik di bagian kiri atau kanan).
Normalnya 120-160 x/menit
- h) Genetalia : vulva dan vagina bersih atau tidak, oedema atau tidak, ada flour albus atau tidak, ada pembesaran kelenjar skene dan kelenjar bartolini atau tidak, ada kandiloma atau tidak, ada kandiloma akuminata atau tidak, ada kemerahan atau tidak. Pada bagian perineum ada luka episiotomy atau tidak. Pada bagian anus ada benjolan atau tidak, keluar darah atau tidak.
- i) Ektremitas atas dan bawah : simetris atau tidak, oedema atau tidak, varises atau tidak. Pada ekstremitas terdapat gerakan refleks pada kaki, baik pada kaki kiri maupun kaki kanan.

3) Pemeriksaan khusus

Vaginal toucher sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, catat pada jam berapa diperiksa, oleh siapa dan sudah pembukaan berapa, dengan VT dapat diketahui juga effacement, konsistensi, keadaan ketuban, presentasi, denominator, dan hodge. Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi ketuban pecah sedangkan bagian depan masih

tinggi, apabila kita mengharapkan pembukaan lengkap, dan untuk menyelesaikan persalinan.

c. Analisa masalah / assesment

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data dasar yang di kumpulkan. Data dasar yang di kumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat ditemukan diagnosa yang spesifik (Marmi, 2012).

Pada langkah ini kita mengidentifikasikan masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah atau potensial lain. Berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah di dentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila dimungkinkan melakukan pencegahan (Marmi, 2012)

Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan jika beberapa data menunjukan situasi emergensi, dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, yang juga memerlukan tim kesehatan yang lain (Marmi, 2012)

d. Penatalaksanaan

Pada langkah ini di lakukan asuhan secara menyeluruh ditentukan oleh langka sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang

telah diidentifikasi atau diidentifikasi. Suatu rencana asuhan harus sama-sama disetujui oleh bidan maupun pasien agar efektif., karena pada akhirnya wanita yang akan melaksanakan rencana itu atau tidak. Supaya perencanaan terarah, dibuat pola pikir dengan langkah menentukan tujuan tindakan yang akan dilakukan yang berisi tentang sasaran atau target dan hasil yang akan di capai, selajutnya ditentukan rencana tindakan sesuai dengan masalah atau diagnosa dan tujuan yang ingin di capai.

2.5.3 Konseb Dasar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas

a. Subyektif

Pengkajian atau pengumpulan data dasar adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien (Wulandari, 2008)

1) Biodata yang mencakup identitas pasien

2) Keluhan Utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien mersa mules, sakit pada jalan lahir, karena adanya jahitan pada perineum (Ambrawati, 2008)

3) Riwayat Mestruasi

4) Riwayat obstetric

a) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.

b) Riwayat persalinan sekarang

Tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini (Wulandari, 2008)

c) Riwayat KB

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa (Ambrawati, 2008)

5) Riwayat kesehatan klien

a) Riwayat kesehatan yang lalu

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis

seperti: jantung, DM, Hipertensi, Asma yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Data-data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang hubungannya dengan nifas dan bayinya.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga terhadap gangguan kesehatan pasien dan bayinya, yaitu apabila ada penyakit keluarga yang menyertainya (Ambrawati, 2008)

6) Pola / Data fungsional Kesehatan

a) Nutrisi

Gizi atau nutrisi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan gizi pada masa nifas terutama bila menyusui akan akan meningkat 25%, karena berguna untuk proses kesembuhan karena sehabis melahirkan dan untuk memproduksi ASI yang cukup untuk menyehatkan bayi. Semua itu akan meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa.

Makanan yang dikonsumsi berguna untuk melakukan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan.

Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna (Ambrawati, 2008)

b) Istirahat

Kebahagiaan setelah melahirkan membuat ibu sulit istirahat. Seorang ibu baru akan cemas apakah ia akan mampu merawat anaknya atau tidak. Hal ini mengakibatkan sulit tidur. Juga akan terjadi gangguan pola tidur karena beban kerja bertambah, ibu harus bangun malam untuk menetek atau mengganti popok yang sebelumnya tidak pernah dilakukan. Anjurkan ibu supaya istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan serta untuk tidur siang atau beristirahat selama bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah ASI yang diproduksi,

memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Ambrawati, 2008)

c) Aktivitas

Perlu dikaji untuk mengetahui apakah bendungan ASI yang dialami ibu disebabkan karena aktivitas fisik secara berlebihan (Saifuddin, 2006)

d) Eliminasi

Dalam 6 jam pertama *post partum*, pasien sudah harus dapat buang air kecil. Semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. Biasanya, pasien menahan air kencing karena takut akan merasakan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus dapat meyakinkan pada pasien bahwa ia pasti mampu menahan sakit pada luka jalan lahir. Bidan harus meyakinkan pada pasien bahwa kencing sesegera mungkin setelah melahirkan akan mengurangi komplikasi *post partum*. Berikan dukungan mental pada pasien bahwa ia pasti mampu menahan sakit pada luka jalan lahir akibat terkena air kencing

karena iapun sudah berhasil berjuang untuk melahirkan bayinya.

Dalam 24 jam pertama, pasien juga sudah harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar secara lancar. Feses yang tertahan dalam usus semakin lama akan semakin mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan selalu terserap oleh usus. Bidan harus dapat meyakinkan pasien untuk tidak takut buang air besar karena buang air besar tidak akan menambah luka jalan lahir. Untuk meningkatkan volume feses, anjurkan pasien untuk makan tinggi serat dan banyak minum air putih (Purwanti, 2011)

e) Kebersihan diri

Karena kelelahan dan kondisi psikis yang belum stabil, biasanya ibu *post partum* masih belum cukup kooperatif untuk membersihkan dirinya. Bidan harus bijaksana dalam memberikan motivasi tanpa mengurangi keaktifan ibu untuk melakukan *personal hygiene* secara mandiri. Pada tahap awal, bidan dapat melibatkan keluarga dalam perawatan kebersihan ibu.

Beberapa langkah penting dalam perawatan kebersihan diri ibu *pos partum*, antara lain seksual. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasa nyeri, aman untuk memulai, melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan (Saleha, 2009)

7) Riwayat psikososial budaya

Untuk mengetahui pasien dan keluarga yang menganut adat istiadat yang akan menguntungkan atau merugikan pasien khususnya pada masa nifas misalnya pada kebiasaan pantang makanan. Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya. Wanita banyak mengalami perubahan emosi/ psikologis selama masa nifas sementara ia menyesuaikan diri menjadi seorang ibu (Ambrawati, 2008)

b. Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum dan kesadaran penderita

Compos mentis (kesadaran baik) gangguan kesadaran (apatis, samnolen, spoor, koma).

b) Tanda-tanda vital

2) Pemeriksaan fisik

a) Muka

Periksa palpebra, konjungtiva, dan sclera. Periksa palpebra untuk memperkirakan gejala oedema umum. Periksa konjungtiva dan sclera untuk memperkirakan adanya anemia dan ikterus.

b) Mata

Dilakukan pemeriksaan dengan melihat konjungtiva, sclera, kebersihan, kelainan, serta gangguan pengelihatan.

c) Hidung

Dilakukan pemeriksaan dengan melihat kebersihan, adanya polip, dan alergi pada debu.

d) Mulut

Periksa adanya karies, tonsillitis atau faringitis. Hal tersebut merupakan sumber infeksi.

e) Leher

Periksa adanya pembesaran kelenjar limfe dan parotitis.

f) Ketiak

Periksa adanya kelainan atau tidak serta periksa adanya luka atau tidak.

g) Payudara

Inspeksi bentuk payudara, benjolan, pigmentasi puting susu. Palpasi adanya benjolan (tumor mammae) dan colostrums.

h) Abdomen

Tabel Involusi Uteri Masa Nifas

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu ke 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

Sumber: Nugroho, 2014

i) Genitalia

(1) Lochea normal: merah hitam (lochea rubra), bau biasa, tidak ada bekuan darah atau butir-butir darah beku (ukuran jeruk kecil), jumlah perdarahan yang ringan atau sedikit (hanya perlu mengganti pembalut setiap 3-5 jam). Lochea abnormal: merah terang,

baubusuk, mengeluarkan darah beku, perdarahan berat (memerlukan penggantian pembalut setiap 0-2 jam).

(2) Keadaan perineum: oedema, hematoma, bekas luka episiotomi/robekan, hecing (Ambrawati, 2008).

j) Kandung kemih : kosong atau tidak

k) Anus : tidak ada hemorrhoid

l) Ekstremitas : tidak ada oedema, varices pada ekstremitas atas dan bawah (Depkes, 2002).

3) Pemeriksaan penunjang/laboratorium

Melakukan tes laboratorium yang diperlukan yakni protein urine, glukosa urine dan hemoglobin, golongan darah (Sulistyawati, 2009).

c. Analisa Masalah/Assessment

Mengidentifikasi diagnosa kebidanan dan masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah di kumpulkan. Dalam langkah ini data yang telah dikumpulkan diinterpretasikan menjadi diagnosa kebidanan dan masalah. Keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan terhadap pasien, masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan. Diagnosa kebidanan dapat

ditegakan yang berkaitan dengan para, abortus, anak , umur ibu, dan keadaan nifas.

Data dasar meliputi: Data Subyektif Pernyataan ibu tentang jumlah persalinan, apakah pernah abortus atau tidak, keterangan ibu tentang umur, keterangan ibu tentang keluhannya, data obyektif yaitu Palpasi tentang tinggi fundus uteri dan kontraksi, hasil pemeriksaan tentang pengeluaran pervaginaan, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital (Ambarwati, 2010). Masalah adalah Permasalahan yang muncul berdasarkan pernyataan pasien. Data dasar meliputi: data subyektif yaitu data yang didapat dari hasil anamnesa pasien, data obyektif yaitu data yang didapat dari hasil pemeriksaan (Ambarwati, 2010). Langkah ini memerlukan kesinambungan dari manajemen kebidanan. Identifikasi dan menetapkan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lainnya sesuai dengan kondisi pasien (Ambarwati, 2010)

d. Penatalaksanaan

Pada langkah ini, terdapat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Asuhan yang diberikan harus berdasarkan pertimbangan yang tepat, meliputi pengetahuan, teori yang up

to date serta divalidasikan dengan asumsi mengenai apa yang dibutuhkan dan tidak dibutuhkan oleh pasien.

a) Kunjungan masa nifas 1

- a) Mengkaji tinggi, posisi dan tonus fundus setiap 15 menit selama satu jam pertama, kemudian setiap 30 menit selama satu jam kedua, dan selanjutnya setiap jam (sesuai prosedur yang berlaku di institusi)
- b) Memantau lochea bersamaan dengan pengkajian fundus
- c) Melakukan palpasi kandung kemih
- d) Mengkaji tekanan darah (TD) bersamaan dengan pengkajian fundus
- e) Mengkaji tekanan darah (TD) bersamaan dengan pengkajian fundus
- f) Mengkaji frekuensi jantung bersamaan dengan pengkajian fundus
- g) Menghitung jumlah pembalut yang digunakan.
- h) Memantau kadar Hb dan Ht
- i) Melakukan massase fundus jika fundus lunak. Hentikan massase jika fundus mengeras
- j) Menganjurkan dan bantu dalam menyusui segera mungkin setelah melahirkan dan kapanpun saat terjadi atoni uterus, dengan memperhatikan keinginan dan kebutuhan ibu

- k) Mengkaji nyeri perineum yng hebat atau tekanan yang kuat
- l) Memantau nadi dan TD
- m) Melakukan pergantian pembalut dan perawatan erineal dengan sering, gunakan teknik dari depan ke belakang, hingga ibu dapat melakukannya sendiri
- n) Membantu klien melakukan ambulasi yang pertama
- o) Memberikan informasi tentang asuhan dan apa yang akan terjadi dalam 24 jam beriku
- p) Melakukan tindakan yang memberikan kenyamanan, seperti perawatan perineum, gaun dan linen yang bersih dan perawatan mulut
- q) Menganjurkan ibu untuk beristirahat dan tidur diantara pengkajian (Green dan Wilkinson, 2008)
- b) Kunjungan masa nifas ke 2
 - a) Mengkaji perilaku ibu
 - b) Mengkaji hubungan dengan individu terdekat
 - c) Mengkaji system dukungan
 - d) Menjelaskan perbedaan normal pada penampilan bayi baru lahir
 - e) Menjelaskan mengenai perubahan fisik emosional yang berhubungan dengan periode postpartum

- f) Menjelaskan tentang kebutuhan untuk mengintegrasikan sibling ke dalam perawatan bayi
- g) Memantau status nutrisi dan berat badan
- h) Menjelaskan dampak potensial yang membahayakan dari alcohol, dan penggunaan obat yang mencakup obat bebas, pada bayi baru lahir
- i) Mendorong ibu untuk mendapatkan tidur dan istirahat yang adekuat
- j) Menjelaskan pada orang tua bahwa kecemburuan sibling adalah normal
- k) Memantau tanda-tanda vital
- l) Memantau lochea atau warna dan jumlah
- m) Mengkaji tinggi fundus
- n) Menghitung pembalut, perdarahan yang terjadi jika pembalut lebih berat dari pada normal
- o) Mendorong untuk kembali pada aktivitas normal secara bertahap dan berpartisipasi dalam program latihan fisik
- p) Menjelaskan jadwal kunjungan klinik untuk ibu dan bayi
(Green dan Wilkinson, 2008)
- c) Kunjungan masa nifas ke-3
 - a) Mengkaji perilaku ibu
 - b) Mengkaji hubungan dengan individu terdekat
 - c) Mengkaji system dukungan

- d) Menjelaskan perbedaan normal pada penampilan bayi baru lahir
 - e) Menjelaskan mengenai perubahan fisik emosional yang berhubungan dengan periode postpartum
 - f) Menjelaskan tentang kebutuhan untuk mengintegrasikan sibling ke dalam perawatan bayi
 - g) Memantau status nutrisi dan berat badan
 - h) Menjelaskan dampak potensial yang membahayakan dari alcohol, dan penggunaan obat yang mencakup obat bebas, pada bayi baru lahir
 - i) Mendorong ibu untuk mendapatkan tidur dan istirahat yang adekuat
 - j) Menjelaskan pada orang tua bahwa kecemburuan sibling adalah normal
 - k) Memantau tanda-tanda vital
 - l) Memantau lochea atau warna dan jumlah
 - m) Mengkaji tinggi fundus
 - n) Menghitung pembalut, perdarahan yang terjadi jika pembalut lebih berat dari pada normal
 - o) Mendorong untuk kembali pada aktivitas normal secara bertahap dan berpartisipasi dalam program latihan fisik
 - p) Menjelaskan jadwal kunjungan klinik untuk ibu dan bayi
- (Green dan Wilkinson, 2008).

2.5.4 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Normal

a. Subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa sebagai langkah I Varney. S (Subyektif) ini merupakan informasi yang diperoleh langsung dari klien. Informasi tersebut dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa (Marmi, 2012).

- 1) Catatan ini berhubungan masalah dengan sudut pandang pasien
- 2) Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sehingga kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa (data primer)
- 3) Pada bayi atau anak kecil data subyektif ini dapat diperoleh dari orangtuanya (data sekunder)
- 4) Data subyektif menguatkan diagnosa yang akan dibuat.
- 5) Tanda gejala subyektif yang diperoleh dari hasil bertanya dari pasien, suami atau keluarga yaitu:

(a) Menanyakan identitas neonatus yang meliputi:

- (1) Nama bayi ditulis dengan nama ibu, misal bayi Ny. Nina,
- (2) Tanggal dan Jam Lahir
- (3) Jenis Kelamin

(b) Identitas orangtua

(c) Menanyakan riwayat kehamilan sekarang

Menanyakan riwayat kehamilan, persalinan dan nifas sekarang yang meliputi: apakah selama kehamilan ibu mengkonsumsi obat-obatan selain dari tenaga kesehatan, apakah ibu mengkonsumsi jamu, menanyakan keluhan ibu selama kehamilan, apakah persalinannya spontan, apakah persalinan dengan tindakan atau operasi, apakah mengalami perdarahan atau kelainan selama persalinan, apakah saat ini ibu mengalami kelainan nifas, apakah terjadi perdarahan.

(d) Menanyakan riwayat intranatal

Menanyakan riwayat intranatal yang meliputi: apakah bayi mengalami gawat janin, apakah dapat bernapas spontan segera setelah bayi lahir.

b. Objektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik pasien, hasil laboratorium dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung assesment sebagai langkah I Varney. Data yang diperoleh dari apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan pada waktu pemeriksaan termasuk juga hasil pemeriksaan laboratorium dan USG. Apa

yang dapat di observasi oleh bidan akan menjadi komponen yang berarti dari diagnosa yang akan ditegakkan (Marmi, 2012).

- 1) Data ini memberi bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa.
- 2) Data yang digolongkan dalam kategori ini antara lain; data psikologi, hasil observasi yang jujur, informasi kajian teknologi (hasil; pemeriksaan laboratorium, rontgen, CTG dan USG)
- 3) Apa yang dapat diobservasikan oleh bidan akan menjadi komponen yang penting dari diagnosa yang ditegakkan.
- 4) Tanda gejala obyektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan antara lain:
 - a) Periksa keadaan umum:
 - (1) Ukuran secara keseluruhan (perbandingan tubuh bayi proporsional/tidak).
 - (2) Tonus otot, tingkat aktivitas (gerakan bayi aktif atau tidak)
 - (3) Warna kulit dan bibir (kemerahan/kebiruan)
 - (4) Tangis bayi
 - (5) Periksa tanda vital
 - (6) Periksa laju napas dihitung selama 1 menit penuh dengan mengamati naik turun dinding dada dan

abdomen secara bersamaan. Laju napas normal 40-60 x/menit.

(7) Periksa laju jantung menggunakan stetoskop dapat didengar dengan jelas. Dihitung selama 1 menit. Laju jantung normal 120-160 x/menit.

(8) Suhu tubuh bayi baru lahir normalnya 36,5-37,5°C diukur dengan termometer di daerah aksila bayi

(9) Lakukan penimbangan

Letakkan kain dan atur skala timbangan ke titik nol sebelum penimbangan. Hasil timbangan dikurangi dengan berat alas dan pembungkus bayi.

(10) Lakukan pengukuran panjang badan

Letakkan bayi di tempat datar. Ukur panjang badan bayi menggunakan alat pengukur panjang badan dari kepala sampai tumit dengan kaki/badan bayi diluruskan.

(11) Ukur lingkar kepala

Pengukuran dilakukan dari dahi kemudian melingkari kepala kembali ke dahi

(12) Periksa kepala

Periksa ubun-ubun, sutura/molase, pembengkakan atau daerah yang mencekung

(13) Ukur lingkar lengan atas

Pengukuran dilakukan pada pertengahan lengan bayi

(14) Periksa telinga

Periksa hubungan letak mata dan kepala. Tatap wajahnya, bayangkan sebuah garis melintas kedua matanya dan bunyikan bel/suara, apabila terjadi refleks terkejut maka pendengaran baik, apabila tidak terjadi refleks kemungkinan mengalami gangguan pendengaran.

(15) Periksa mata

Bersihkan kedua mata bayi dengan kapas dan buka mata bayi dan lihat apakah ada tanda infeksi/pus serta kelainan pada mata.

(16) Periksa hidung dan mulut

(17) Apakah bayi dapat bernapas dengan mudah melalui hidung/ada hambatan dan lakukan pemeriksaan pada bibir dan langit, refleks isap dinilai dengan mengamati pada saat bayi menyusui. Perhatikan adanya kelainan kongenital.

(18) Periksa leher

Amati apakah ada pembengkakan atau benjolan serta amati juga pergerakan leher.

(19) Periksa dada

Periksa bentuk dada, puting, bunyi napas, dan bunyi jantung dan ukur lingkar dada dari daerah dada ke

punggung kembali ke dada (pengukuran dilakukan melalui kedua puting susu).

(20) Periksa bahu, lengan dan tangan

Sentuh telapak tangan bayi dengan jari anda dan hitung jumlah jari tangan bayi; bayi akan menggenggam tangan anda kuat-kuat sehingga tubuhnya terangkat naik.

(21) Periksa sistem saraf, adanya refleks morro

Pemeriksa bertepuk tangan, jika terkejut bayi akan membuka telapak tangannya seperti akan mengambil sesuatu.

(22) Periksa perut bayi

Perhatikan bentuk, penonjolan sekitar tali pusat, perdarahan tali pusat, dan benjolan di perut bayi.

(23) Periksa alat kelamin

Untuk laki-laki, periksa apakah kedua testis sudah berada dalam skrotum dan penis berluang diujungnya. Untuk bayi perempuan periksa labia mayora dan minora, apakah vagina dan uretra berlubang.

(24) Periksa tungkai dan kaki

Perhatikan bentuk, gerakan dan jumlah jari.

(25) Periksa punggung dan anus bayi

Letakkan bayi dalam posisi telungkup, raba sepanjang tulang belakang untuk mencari ada tidaknya kelainan. Periksa juga lubang anus.

(26) Periksa kulit bayi

Perhatikan *vernix caseosa* (tidak perlu dibersihkan karena menjaga kehangatan tubuh), warna kulit, pembengkakan, bercak hitam dan tanda lahir.

c. Assesment

Menurut Marmi (2012), assesment menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subyektif dan obyektif dalam suatu identifikasi:

1) Diagnosa atau masalah

Diagnosa adalah hasil pengkajian mengenai kondisi klien berdasarkan hasil analisa data yang didapat. Segala sesuatu masalah yang menyimpang sehingga kebutuhan klien terganggu, kemungkinan mengganggu kehamilan atau kesehatan bayi tetapi tidak masuk dalam diagnosa.

2) Antisipasi diagnosa atau masalah potensial

Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi atau kolaborasi atau rujukan sebagai langkah 2,3 dan 4 varney. Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lainnya berdasarkan masalah yang sudah ada adalah suatu bentuk antisipasi, pencegahan apabila perlu

menunggu dengan waspada dan persiapan untuk suatu pengakhiran apapun. Langkah ini sangat vital untuk asuhan yang aman.

Untuk menjaga kehangatan tubuh bayi dianjurkan agar tidak mandikan sedikitnya 6 jam setelah lahir (Asri dan Clervo, 2012). Epidermis dan dermis tidak terikat dengan baik dan sangat tipis (Lailiyana dkk, 2012). Apabila bayi dibiarkan dalam suhu kamar maka akan kehilangan panas mil konveksi (Sudarti dan Fauziah, 2012).

Surasmi dkk (2013) juga menjelaskan *hiperbilirubinemia* adalah kadar bilirubin yang dapat menimbulkan efek patologi. Dapat juga diartikan sebagai ikterus dengan konsentrasi bilirubin, yang serumnya mungkin menjurus ke arah terjadinya *kernicterus* bila kadar bilirubin tidak dikendalikan.

Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subyektif maupun obyektif yang dikumpulkan dan disimpulkan (Marmi, 2012)

d. Penatalaksanaan

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan, tindakan dan evaluasi berdasarkan assesment sebagai langkah 5,6 dan 7 Varney (Marmi, 2012)

- 1) Membuat perencanaan tindakan saat itu atau yang akan datang untuk mengusahakan mencapai kondisi pasien sebaik mungkin atau menjaga atau mempertahankan kesejahteraan.
- 2) Proses ini termasuk kriteria tujuan terdiri dari kebutuhan pasien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu.
- 3) Tindakan yang diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesejahteraannya dan harus mendukung rencana dokter bila itu dalam manajemen kolaborasi atau rujukan(Marmi, 2012).

2.5.5 Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

a. Pengkajian data

1) Data subyektif

- a) Biodata pasien
- b) Kunjungan saat ini: Kunjungan pertama/kunjungan ulang
- c) Keluhan utama: Keluhan utama dikaji untuk mengetahui keluhan yang dirasakan pasien saat ini (Hidayah, 2012).
- d) Riwayat perkawinan

Untuk mengetahui status perkawinan, lama perkawinan, syah atau tidak, berapa kali menikah, berapa umur pasien dan suami saat menikah sehingga dapat diketahui pasien masuk dalam infertilitas sekunder atau bukan (Hidayah, 2012)

e) Riwayat menstruasi

Untuk mengetahui menarche, siklus haid, lamanya, jumlah darah yang dikeluarkan, dan pernahkan dismenorrhoe (Nursalam, 2008)

f) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Jika ibu pernah melahirkan apakah memiliki riwayat kelahiran normal atau patologis, berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalina yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu.

g) Riwayat kontrasepsi yang digunakan

h) Untuk mengetahui apakah ibu sudah menjadi akseptor KB lain sebelum menggunakan KB yang sekarang dan sudah berapa lama menjadi akseptor KB tersebut.

i) Riwayat kesehatan

(1) Penyakit sistemik yang pernah/sedang diderita

Untuk mengetahui apakah pasien pernah menderita penyakit yang memungkinkan ia tidak bisa menggunakan metode tersebut.

(2) Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga

Untuk mengetahui apakah keluarga pasien ada yang menderita penyakit keturunan.

(3) Riwayat penyakit ginekologi

Untuk mengetahui apakah pasien pernah menderita penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksi

j) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

(1) Pola nutrisi: menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, dan makanan pantangan, atau terdapatnya alergi.

(2) Pola eliminasi: dikaji untuk mengetahui tentang BAB dan BAK, baik frekuensi dan pola sehari-hari.

(3) Pola aktifitas: untuk menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Yang perlu dikaji pola aktivitas pasien terhadap kesehatannya.

(4) Istirahat/tidur: untuk mengetahui pola tidur serta lamanya tidur

(5) Seksualitas: dikaji apakah ada keluhan atau gangguan dalam melakukan hubungan seksual

(6) Personal hygiene: yang perlu dikaji mandi berapa kali dalam sehari, gosok gigi, keramas, bagaimana kebersihan lingkungan apakah memenuhi syarat kesehatan.

k) Keadaan psiko sosial spiritual

(1) Psikologi

Yang perlu dikaji adalah keadaan psikologi ibu sehubungan dengan pasien dengan suami, keluarga

dan tetangga, dan bagaimana pandangan suami dengan alat kontrasepsi yang dipilih, apakah mendapat dukungan atau tidak.

(2) Sosial

Yang perlu dikaji adalah bagaimana pandangan masyarakat terhadap alat kontrasepsi.

(3) Spiritual

Apakah agama melarang penggunaan kontrasepsi tertentu.

2) Data obyektif

a) Pemeriksaan fisik

(1) Keadaan umum dilakukan untuk mengetahui keadaan umum kesehatan klien (Tambunan, dkk, 2011).

(2) Tanda vital

(a) Tekanan darah

(b) Nadi

(c) Suhu

(d) Pernapasan

(3) Berat badan: mengetahui berat badan pasien sebelum dan sesudah menggunakan alat kontrasepsi

(4) Kepala: pemeriksaan dilakukan secara inspeksi dan palpasi, dilakukan dengan memperhatikan bentuk

kepala yang abnormal, distribusi rambut bervariasi pada setiap orang, kulit kepala dikaji dari adanya peradangan, luka maupun tumor.

- (5) Mata: untuk mengetahui bentuk dan fungsi mata, teknik yang digunakan inspeksi dan palpasi, mata yang diperiksa simetris atau tidak, kelopak mata cekung atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, sclera ikterik atau tidak.
- (6) Hidung: diperiksa untuk mengetahui ada polip atau tidak
- (7) Mulut: untuk mengetahui apakah ada stomatitis atau tidak, ada karies dentis atau tidak
- (8) Telinga: diperiksa untuk mengetahui tanda infeksi telinga ada atau tidak
- (9) Leher: apakah ada pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar thyroid
- (10) Ketiak: apakah ada pembesaran kelenjar limfe atau tidak
- (11) Dada: dikaji untuk mengetahui dada simetris atau tidak, ada retraksi dinding dada saat respirasi atau tidak

- (12) Payudara: dikaji untuk mengetahui apakah ada kelainan pada bentuk payudara seperti benjolan normal atau tidak.
- (13) Abdomen: untuk mengkaji adanya distensi, nyeri tekan dan adanya massa, apakah ada pembesaran dan konsistensi, apakah ada bekas luka operasi pada daerah abdomen atau tidak.
- (14) Pinggang: untuk mengetahui adanya nyeri tekan waktu diperiksa atau tidak
- (15) Genetalia: dikaji apakah ada kondiloma akuminata, dan diraba adanya infeksi kelenjar bartholini dan skene atau tidak
- (16) Anus: apakah pada saat inspeksi ada haemoroid atau tidak
- (17) Ekstremitas: diperiksa apakah ada varises atau tidak, ada oedema atau tidak.

b) Pemeriksaan penunjang

Dikaji untuk menegakkan diagnose

b. Interpretasi data dasar/diagnose/masalah

Langkah kedua bermulai dari data dasar, menginterpretasi data kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosis serta kebutuhan perawatan kesehatan yang diidentifikasi khusus (Hidayat, 2012)

1) Diagnosa kebidanan

Diagnosa yang dapat ditegakkan berhubungan dengan para, abortus, umur ibu, dan kebutuhan.

2) Dasar dari diagnosa tersebut:

- a) Pernyataan pasien mengenai identitas pasien
- b) Pernyataan mengenai jumlah persalinan
- c) Pernyataan mengenai pernah atau tidak mengalami abortus
- d) Pernyataan pasien mengenai kebutuhannya
- e) Pernyataan pasien mengenai keluhan
- f) Hasil pemeriksaan:
 - (1) Pemeriksaan keadaan umum pasien
 - (2) Status emosional pasien
 - (3) Pemeriksaan kesadaran pasien
 - (4) Pemeriksaan tanda vital

3) Masalah: tidak ada

4) Kebutuhan tindakan segera berdasarkan kondisi klien:

- a) Mandiri
- b) Kolaborasi
- c) Merujuk

c. Identifikasi masalah potensial

d. Identifikasi tindakan segera

e. Perencanaan/intervensi

Tanggal..... jam.....

Lakukan komunikasi terapeutik pada pasien dan merencanakan asuhan kebidanan sesuai dengan kasus yang ada yang didukung dengan pendekatan yang rasional sebagai dasar untuk mengambil keputusan sesuai langkah selanjutnya. Perencanaan berkaitan dengan diagnosa, masalah dan kebutuhan.

1) Berkaitan dengan diagnosa kebidanan:

- a) Pemberian informasi tentang hasil pemeriksaan keadaan pasien
- b) Pemberian informasi tentang indikasi, kontraindikasi
- c) Pemberian informasi tentang keuntungan dan kerugian
- d) Pemberian informasi tentang cara penggunaan
- e) Pemberian informasi tentang efek samping

2) Berkaitan dengan masalah

Pemberian informasi mengenai proses atau cara kerja alat kontrasepsi.

f. Pelaksanaan/implementasi

Pelaksanaan bertujuan mengatasi diagnose kebidanan, masalah pasien, sesuai rencana yang telah dibuat. Pelaksanaan tersebut hendaknya dibuat secara sistematis agar asuhan dapat dilakukan dengan baik dan melakukan follow up.

g. Evaluasi

Langkah ini merupakan langkah terakhir dari semua tindakan guna mengetahui apa yang telah dilakukan bidan, apakah implementasi sesuai dengan perencanaan dan harapan dari asuhan kebidanan yang diberikan.

BAB III

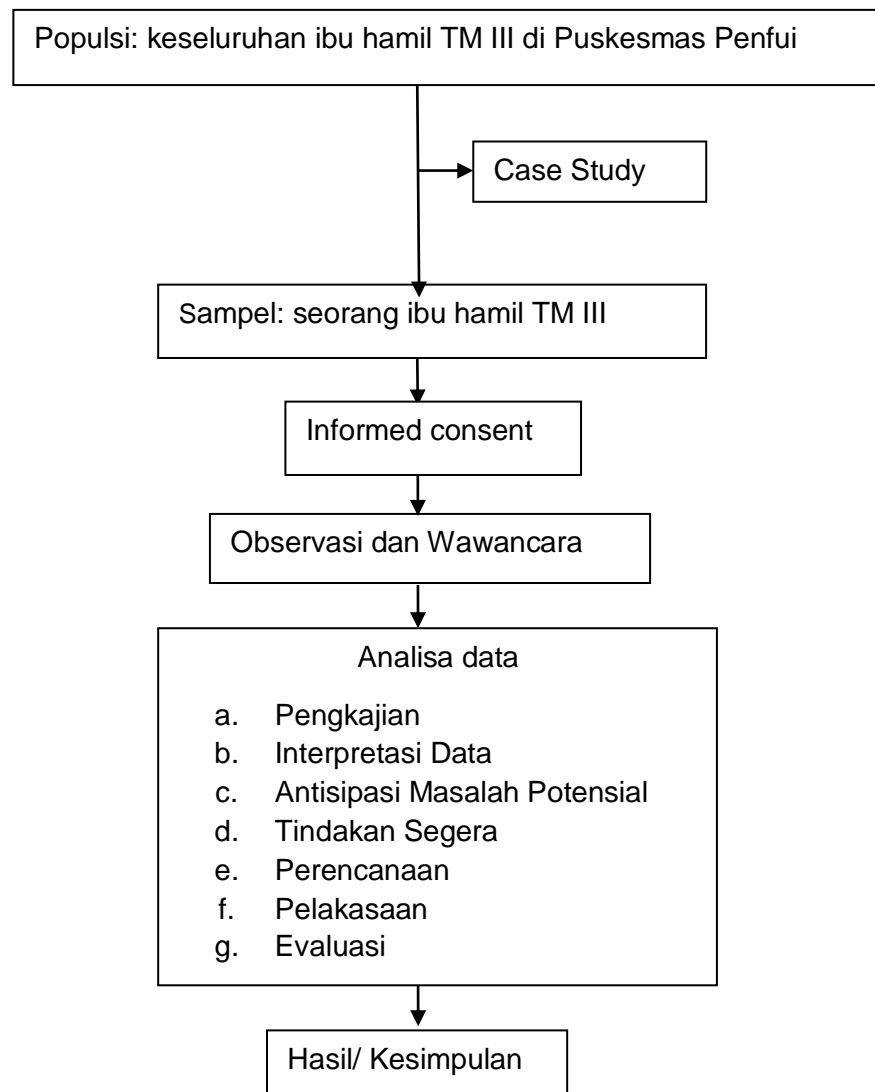
METODE STUDI KASUS

3.1 Jenis Laporan Kasus

Penelitian tentang studi kasus asuhan kebidanan berkelanjutan di Puskesmas Penfui dilakukan dengan menggunakan metode studi penelaahan kasus (*case study*) yang terdiri dari unit tunggal, dan dengan pendekatan *continuity of care* (COC) atau Asuhan Kebidanan berkesinambungan pada daur kehidupan wanita mulai dari TM III Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir dan keluarga berencana (KB) dengan pendekatan manajemen kebidanan dan SOAP (Subyektif, Objektif, Analisa Masalah, dan Penatalaksanaan) yang meliputi pengkajian, analisa masalah dan diagnosa, rencana tindakan, pelaksanaan, evaluasi dan pendokumentasian SOAP.

3.2 Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisa data.



Bagan 3.1 Kerangka Kerja Penelitian Kasus Pada Ibu Hamil G₅P₄A₀AH₄ TM III di Puskesmas Penfui

3.3 Lokasi dan Waktu

3.3.1 Lokasi

Asuhan dilakukan di Puskesmas Penfui, di Rumah Sakit S.K Lerik Kupang dan di rumah Ny.M.S

3.3.2 Waktu

Asuhan dilakukan dari tanggal 28 April 2018 sampai 02 Juli 2018

3.4 Subyek Laporan Stusi Kasus

Dalam penulisan laporan studi kasus ini subyek merupakan orang yang dijadikan sebagai responden untuk mengambil kasus (Notoatmodjo, 2010). Subyek kasus pada penelitian ini adalah Ibu G₅P₄A₀AH₄ Usia Kehamilan 37 minggu 4 hari, Janin Hidup Tunggal Letak Kepala Intrauterin Keadaan ibu dan janin baik.

3.5 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada suatu subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian, pengumpulan data dilakukan dengan 3 cara yaitu :

3.5.1 Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (Responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (face to face)

Pedomannya asuhan kebidanan untuk mengetahui data subyektif yaitu data yang di peroleh dari hasil anamnese meliputi keluhan yang dirasakan pasien.

3.5.2 Observasi

Observasi atau pengamatan adalah suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah dan taraf aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti (Notoatmojo, 2010)

Pedomannya asuhan kebidanan untuk mengetahui data obyektif yaitu data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan umum, fisik, dan pemeriksaan penunjang.

3.5.3 Dokumentasi

Adalah suatu pencatatan dan pelaporan informasi tentang kondisi dan perkembangan kesehatan pasien dan semua kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan.

Untuk mengetahui hasil yang tidak dapat di wawancara dan di observasi seperti hasil laboratorium dan data dari rekam medik.

3.5.4 Studi kepustakaan

Yaitu mengadakan penelitian dengan cara mempelajari dan membaca literatur-literatur yang ada hubungannya dengan permasalahan yang menjadi objek penelitian.

Untuk membandingkan hasil penelitian yang didapatkan dengan teori /literatur yang digunakan.

3.6 Instrument Pengumpulan Data

Instrumen penelitian merupakan alat ukur atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar mempermudah pekerjaan dan hasilnya lebih baik, dalam arti cermat, lengkap dan sistematis sehingga lebih mudah diolah.

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini antara lain :

1. Format Asuhan Kebidanan
2. Partograf
3. Alat tulis (ballpoint, penggaris, pensil)
4. Vital Sign
5. Doppler
6. Pita CM
7. Timbangan berat badan
8. Perlengkapan APN (Partu Set)
9. Buku KIA
10. Status/ Catatan Pasien.

3.7 Etika Penelitian

Penelitian kesehatan pada umumnya dan penelitian kesehatan masyarakat pada khususnya menggunakan manusia sebagai objek yang diteliti disatu sisi dan disisi lain manusia sebagai peneliti atau yang melakukan penelitian. Hal ini berarti

bahwa ada hubungan timbal balik antara orang sebagai peneliti dan orang sebagai yang diteliti (Notoatmojo, 2010)

Masalah etika yang diperhatikan antara lain :

1. Informend consent (Persetujuan)

Informend consent adalah bentuk persetujuan anantara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informend consent tersebut diberikan sebelum penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan informend consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian , mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam informend consent tersebut antara lain partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah di hubungi dan lain-lain (Hidayat, 2010)

2. Anonymity (Tanpa Nama)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2010)

3. Kerahasiaan (confidentiality)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan di laporkan pada hasil riset (Hidayat, 2010)

BAB IV

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan tepatnya di Puskesmas Penfui terletak di Kelurahan Penfui Kecamatan Maulafa, Kota Kupang. Wilayah kerja Puskesmas Penfui mencakup 3 (tiga) Kelurahan dalam wilayah Kecamatan Maulafa dengan luas wilayah kerja sebesar 23,9 km². Kelurahan yang termasuk dalam wilayah kerja Puskesmas Penfui adalah Kelurahan Penfui, Naimata, Maulafa.

Puskesmas penfui merupakan salah satu Puskesmas Rawat Jalan yang ada di kota Kupang. Sedangkan untuk Puskesmas pembantu yang ada di dalam wilayah kerja Puskesmas penfui ada 3 buah yaitu Pustu Air Baru, Pustu Naimata, dan Pustu Maulafa. Puskesmas Penfui mempunyai fasilitas-fasilitas kesehatan yang terdiri dari poli umum, apotik, laboratorium, poli gigi, poli KIA dan KB, ruang tindakan.

Tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas Penfui sebanyak 44 orang yaitu dokter umum 2 orang, dokter gigi 1 orang, bidan 13 orang, perawat 8 orang, perawat gigi 2 orang, Asisten apoteker 2 orang, SKM 2 orang, gizi 2 orang, Sanitarian 3 orang, pranata lab 1 orang.

Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama meliputi, pelayanan promosi kesehatan, pelayanan kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana, pelayanan gizi dan pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit. Sedangkan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama dilaksanakan dalam bentuk rawat jalan, pelayanan gawat darurat, pelayanan satu hari (*one day care*), *home care* atau rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan (Permenkes RI/75/2014)

Studi kasus ini dilakukan pada pasien dengan $G_5P_4A_0AH_4$, UK 37 minggu 4 hari, janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik yang biasanya melakukan ANC rutin di puskesmas penfui.

4.2 Tinjauan Kasus

4.2.1 Pengkajian data dasar

1. Data subjektif :

Pengkajian data dasar dilakukan pada tanggal: 28-04-2018, jam 10:00 wita di puskesmas penfui. Hasil pengkajian data subjektif adalah sebagai berikut: pasien Ny. M.S, umur 34 tahun, beragama khatolik, pendidikan terakhir SMA dan pekerjaan sekarang sebagai Ibu rumah tangga, dan suami bernama Tn.S.T berumur 36 tahun, beragama khatolik, pendidikan terakhir SMA dan

pekerjaan sekarang pegawai swasta dengan penghasilan Rp. 2.000.000/bulan dan alamat rumah Penfui, RT/RW : 30/13, Nomor telepon : 081238543XXX. Ibu mengatakan hamil anak kelima, tidak pernah keguguran, sekarang memiliki anak hidup 4 orang, dan ibu datang untuk pemeriksaan ANC rutin yang ke 4 kali dan Ibu merasa sesak setelah selesai makan, nyeri pinggang dan sering buang air kecil.

- a. Riwayat perkawinan: Ibu mengatakan menikah dengan suami sekarang sudah 13 tahun, umur saat menikah 22 tahun dan ini perkawinan yang pertama , status perkawinannya syah. Riwayat Menstruasi : Menarche 12 tahun. Siklus 28 hari, Teratur. Lamanya 3-4 hari. Sifat darah encer. Bau khas darah. Fluor albus/keputihan saat menjelang haid tidak ada. Disminorhea tidak ada. Banyaknya : 2 – 3 kali ganti pembalut dalam sehari. Riwayat kehamilan ini : Ibu mengatakan sedang hamil anak yang kelima, hari pertama haid terakhir 08-08-2017 dan pertama kalinya memeriksakan kehamilannya pada tanggal 06-02-2018 pada usia kehamilan 26-27 minggu di puskesmas penfui dan Ibu mengatakan sudah mendapatkan suntikan tetanus toksoid pada kehamilan

2005 sebanyak 2 kali, dan 2 kali pada tahun 2007 dan 1 kali pada tahun 2009.

- b. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum hamil yaitu makan 3x sehari, Jenis makanan nasi, sayur,tempe tahu ,telur, ikan dan lain-lain dengan porsi 1 piring dihabiskan, dan tidak ada keluhan selama makan, minum air putih dalam sehari 6-8 gelas/hari dan tida ada keluhan. BAB ibu frekuensi 1 kali sehari, warnanya kuning, bau khas feses, konsistensi, tidak ada ada keluhan selama BAB, dan BAK 3x sehari, warnanya kuning jernih, bau : khas urin, dan tidak ada keluhan dan pola seksualitas ibu yaitu 1x dalam seminggu, pola kebersihan diri yaitu mandi: 2x/hari, Sikat gigi: 2x/hari, Keramas rambut : 3x/minggu, Ganti pakaian : 2-3x/hari dan pola istirahat siang : ± 1 jam dan tidur malam : 7 jam dan ibu mengatakan sehari-hari bekerja sebagai ibu rumah tangga dan mengurus anak.
- c. Pola kebiasaan sehari-hari selama hamil yaitu makan 3-4x sehari, Jenis makanan nasi, sayur,tempe tahu ,telur, ikan dan lain-lain dengan porsi 1 piring dihabiskan, dan tidak ada keluhan selama makan, minum air putih dalam sehari 7-8 gelas/hari, susu prenagen ibu hamil 1 hari 1 gelas dan tida ada keluhan. BAB ibu frekuensi 1 kali sehari, warnanya kuning, bau khas feses, konsistensi,

tidak ada keluhan selama BAB, dan BAK 6-7x sehari, warnanya kuning jernih, bau : khas urin, dan tidak ada keluhan dan pola seksualitas ibu yaitu 1x dalam 2 minggu dan kadang-kadang ibu tidak melakukan hubungan seksual karena takut, pola kebersihan diri yaitu mandi: 2x/hari, Sikat gigi: 2x/hari, Keramas rambut : 3x/minggu, Ganti pakaian : 2-3x/hari dan pola istirahat siang : $\pm 1-2$ jam dan tidur malam : 7-8 jam dan ibu mengatakan sehari-hari bekerja sebagai ibu rumah tangga dan mengurus anak tapi pekerjaan yang berat-berat dikurangi.

- d. Riwayat persalinan yang lalu yaitu melahirkan anak pertama tanggal 30-11-2005, jenis persalinan normal dan ditolong bidan di klinik bersalin dan bayi lahir hidup, jenis kelamin perempuan dengan berat badan 3000, panjang badan 48 cm dan keadaan bayi sehat, melahirkan anak kedua tanggal 25-12-2007 , jenis persalinan normal dan ditolong bidan di klinik bersalin dan bayi lahir hidup, jenis kelamin perempuan dengan berat badan 4000, panjang badan 50 cm dan keadaan bayi sehat, melahirkan anak ketiga tanggal 23-10-2009, jenis persalinan normal dan ditolong bidan di klinik bersalin dan bayi lahir hidup, jenis kelamin laki-laki dengan berat badan 3200, panjang

badan 49 cm dan keadaan bayi sehat, melahirkan anak empat tanggal 08-08-2011, jenis persalinan normal dan ditolong bidan di klinik bersalin dan bayi lahir hidup, jenis kelamin perempuan dengan berat badan 3000, panjang badan 49 cm dan keadaan bayi sehat dan sekarang ibu hamil anak kelima sudah melahirkan 4 kali, tidak pernah keguguran, memiliki anak hidup 4 orang dan sekarang usia kehamilan 37 minggu 4 hari dan Riwayat Kontrasepsi yang pernah digunakan Ibu yaitu kontrasepsi pil selama 5 tahun, tidak ada efek samping yang terjadi dan alasan berhenti karena ingin memiliki anak lagi.

- e. Riwayat Kesehatan yang pernah atau yang sedang diderita ibu tidak ada penyakit sistemik yang pernah diderita atau sedang diderita, Riwayat penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga tidak ada penyakit sistemik yang pernah atau sedang diderita keluarganya dan ibu mengatakan tidak memiliki keturunan kembar dari pihak ibu maupun suami dan kebiasaan – kebiasaan yaitu Merokok, minum minuman keras, jamu-jamuan tidak pernah dilakukan, Makanan atau minuman pantang tidak ada, Perubahan pola makan : ibu mengatakan tidak ada perubahan pola makan yang terlalu signifikan.

f. Keadaan psiko social spiritual : Ibu mengatakan kehamilan ini diinginkan, ibu dan suami sudah merencanakan kehamilan ini karena ingin menambah jumlah anak. Suami dan keluarga sangat mendukung kehamilan ibu, Pengambil keputusan dalam keluarga : suami dan ibu sendiri dan Ibu tinggal bersama suami dan anak-anak di rumah sendiri. Ibu tidak mempunyai binatang piaraan.

2. Data Objektif:

Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, hasil ukur tanda-tanda vital: tekanan darah 110/80 mmhg, pernapasan: 19x/mnt, suhu: 36,5°C, nadi: 80x/mnt, Berat badan ibu sebelum hamil: 44 kg dan Sesudah hamil: 60 kg, Tinggi badan : 156 cm, LILA: 27 cm

a. Pemeriksaan fisik: Inspeksi: kepala: rambut bersih, tidak rontok , tidak ada massa, bentuk wajah oval, tidak pucat, tidak ada Cloasma gravidarum, tidak ada oedema, mata : conjungtiva: merah muda, sklera: putih, tidak ada oedema, mulut dan gigi yaitu mukosa bibir lembab, tidak ada karang gigi dan tidak ada caries gigi, telinga : simetris, tidak ada serumen, leher: tidak ada kelainan, dada ada payudara : simetris, aerola mammae : ada hyperpigmentasi, puting susu: menonjol, tidak ada

retraksi/dumpling, abdomen tidak ada luka bekas operasi, tidak ada striae, tidak ada linea alba, tidak ada linea nigra, ekstremitas: tidak ada oedema dan tidak ada varises, pemeriksaan genitalia dan anus tidak dilakukan dan pada palpasi yaitu Leher tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan thyroid dan tidak ada pembendungan vena jugularis, Dada simetris, dan pengeluaran kolostrum kanan +/- kiri +, Abdomen: membesar sesuai usia kehamilan dan tidak ada nyeri tekan saat dipalpasi dan Leopold I: TFU 2 jari dibawah prosesus xiphoideus (29 cm) , pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong), Leopold II: Pada perut ibu bagian kanan teraba memanjang keras seperti papan (punggung) dan pada perut ibu bagian kiri teraba bagian terkecil janin (ekstremitas), Leopold III: Pada segmen bawah rahim teraba bulat, keras dan melenting (kepala) dan kepala masih dapat digoyangkan, Leopold IV: tidak dilakukan, Mc Donald: TFU : 29 cm, TBBA: 2635 gram, Ekstremitas : tidak ada oedema dan tidak ada varises dan Auskultasi DJJ : terdengar kuat, jelas dan teratur pada puctum maksimum kanan dengan frekuensi 142 x/mnt, Perkusi: Refleks patella kanan + / kiri + Pemeriksaan dalam: tidak

dilakukan dan Pemeriksaan penunjang: Golongan darah:

O, HB: 11,2 gr%

4.2.2 Analisa Masalah dan Diagnosa

a. Diagnosa

Diagnosa yang ditegakan yaitu ibu G₅P₄A₀AH₄, (Grandemultipara) UK 37 minggu 4 hari, janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik dengan kehamilan risiko tinggi (KRT)

b. Masalah

Ibu merasa sesak setelah selesai makan, nyeri pinggang dan sering buang air kecil.

4.2.3 Antisipasi Masalah Potensial

Ibu hamil dengan grandemultipara berpotensi terjadi Kelainan letak janin, *Solutio plasenta*, Robekan pada rahim (*ruptura uteri*) dan Subinvolusi uteri.

4.2.4 Tindakan Segera

Penulis tidak menuliskan kebutuhan terhadap tindakan segera atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, karena tidak terdapat adanya masalah yang membutuhkan tindakan segera.

4.2.5 Perencanaan

Perencanaan asuhan kebidanan pada Ny. M.S dengan diagnosa G₅P₄A₀AH₄, UK UK 37 minggu 4 hari, janin

tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala , keadaan ibu dan janin baik pada tanggal 28-04-2018, Jam: 10:00 Wita di Puskesmas Penfui adalah sebagai berikut :

1. Jelaskan penyebab rasa sesak atau ketidaknyamanan yang ibu rasakan setelah makan, rasional : kehamilan yang semakin membesar oleh pertumbuhan janin maka lambung dan usus digeser oleh uterus. Hal ini menyebabkan tekanan pada diafragma yang berdampak pada pengurangan panjang paru- paru sehingga ibu merasakan sesak nafas. Selain itu ligamen pada kerangka iga berelaksasi sehingga ekspansi rongga dada meningkat. Kebutuhan oksigenasi ibu juga meningkat sebagai respon tubuh terhadap masa metabolisme untuk janin dan massa uterus oleh karena itu wanita hamil bernafas lebih dalam karena meningkatnya tidal volume, jumlah pertukaran gas dalam setiap kali nafas, Anjurkan ibu untuk melakukan latihan senam hamil untuk dapat mengatasi sesak nafas yang dirasakan, rasional : kehamilan usia lanjut menyebabkan penekanan pada diafragma dan rongga dada. Senam hamil untuk latihan pernafasan seperti memegang kedua tangan diatas kepala dan menarik nafas perlahan dapat

memberi ruang nafas yang lebih luas sehingga rasa sesak yang dirasakan akan berkurang.

2. Jelaskan kepada ibu tanda-tanda bahaya kehamilan TM III, rasional: mengenali tanda bahaya seperti perdarahan pervaginam yang banyak, sakit kepala terus menerus, penglihatan kabur, bengkak di kaki dan tangan, dan gerakan janin tidak dirasakan tanda bahaya kehamilan trimester lanjut memastikan ibu akan mengenali tanda-tanda bahaya yang diinformasikan yang dapat membahayakan janin dan ibu serta membutuhkan evaluasi dan penanganan secepatnya, Jelaskan kepada ibu tanda-tanda persalinan, rasional: kontraksi baraxton hicks (semakin jelas dan bahkan menyakitkan), lightening, peningkatan mukus vagina, lendir bercampur darah dari vagina, dan dorongan energi merupakan tanda bahwa persalinan segera terjadi. Penyuluhan memberi kesempatan untuk mematangkan persiapan persalinan dan kelahiran. Tanda tersebut muncul dari beberapa hari hingga 2 sampai 3 minggu sebelum persalinan dimulai
3. Jelaskan kepada ibu tentang persiapan persalinan, rasional : Bila adaptasi yang sehat telah dilakukan, ibu/pasangan akan membeli atau menyiapkan

perlengkapan dan pakaian bayi, dan/atau membuat rencana untuk mendatangi unit persalinan. Kurangnya persiapan di akhir kehamilan dapat mengindikasikan masalah finansial, sosial atau emosi. Persiapan persalinan seperti pakaian ibu dan bayi serta biaya persalinan memastikan ibu lebih siap apabila telah mendapati tanda-tanda persalinan

4. Anjurkan ibu untuk tetap mengonsumsi makanan bergizi seimbang, rasional: Pada masa kehamilan nutrisi yang dibutuhkan untuk membentuk energi berfungsi untuk perkembangan janin dan plasenta, Anjurkan ibu untuk tetap melanjutkan terapi obat yang diberikan (Sulfat ferosus, kalsium laktat, Vitamin C masing-masing 1x1), rasional :sulfat ferosus mengandung zat besi yang dibutuhkan untuk membentuk sel darah merah dan sangat penting untuk pertumbuhan dan metabolisme energi. Zat besi penting untuk membuat hemoglobin dan protein sel darah merah yang membawa oksigen ke jaringan tubuh lain serta mencegah cacat janin dan perdarahan serta anemia. Asupan vitamin C berperan dalam pembentukan kolagen dan membantu penyerapan zat besi, membangun kekuatan plasenta dan meningkatkan daya tahan tubuh terhadap infeksi. Kalk

atau kalsium laktat merupakan salah satu kalsium yang mudah diserap oleh sistem pencernaan. Kalsium laktat mengandung mineral yang penting untuk pertumbuhan janin seperti tulang dan gigi.

5. Jadwalkan Kunjungan Ulang, rasional: pelayanan antenatal secara berkelanjutan pada setiap kunjungan dapat mendeteksi komplikasi dini yang dapat terjadi kepada ibu, Dokumentasi semua hasil temuan dan pemeriksaan, rasional :pencatatan hasil pemeriksaan merupakan bagian dari standar pelayanan antenatal terpadu yang berkualitas

4.2.6 Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada Ny. M.S dengan diagnosa G₅P₄A₀AH₄, UK 37 minggu 4 hari, janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala , keadaan ibu dan janin baik pada tanggal 28-04-2018, Jam: 10:00 Wita di Puskesmas Penfui adalah sebagai berikut :

1. Menjelaskan penyebab rasa sesak yang ibu rasakan setelah makan. Rasa sesak yang ibu rasakan ini terjadi karena uterus yang semakin membesar dan tekanan bayi yang berada dibawah diafragma menekan paru-paru ibu. Selesai makan volume sistem pencernaan ibu bertambah sedangkan pada akhir kehamilan sistem

pencernaan sedikit begeser keatas akibat pembesaran uterus, hal ini juga menyebabkan diaphragma dan paru-paru tertekan sehingga muncul rasa sesak nafas : Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan mengenai ketidaknyamanan atau sesak nafas yang ia rasakan dan dapat mengulangi beberapa poin penjelasan, Menganjurkan ibu untuk melakukan latihan senam hamil atau latihan pernafasan setelah makan atau saat istirahat seperti meletakkan kedua tangan di kepala dan menarik nafas secara perlahan untuk dapat mengatasi sesak nafas yang dirasakan: Ibu mengerti dan akan mengikuti anjuran yang diberikan serta dapat memperagakan latihan pernafasan yang dianjurkan.

2. Menjelaskan kepada ibu tanda- tanda bahaya dalam kehamilan TM III seperti perdarahan pervaginam yang banyak, sakit kepala terus menerus, penglihatan kabur, bengkak di kaki dan tangan, dan gerakan janin tidak dirasakan. Jika ibu menemukan tanda-tanda bahaya diatas agar segera mendatangi atau menghubungi pelayanan kesehatan terdekat agar dapat ditangani dan diatasi dengan segera: Ibu sudah mengerti dengan tanda bahaya dan dapat mengulangi penjelasan tanda bahaya.

3. Menjelaskan tanda-tanda persalinan meliputi timbulnya kontraksi braxton hicks (semakin jelas dan bahkan menyakitkan), lightening, peningkatan mukus vagina, lendir bercampur darah dari vagina, dan dorongan energi, agar ibu segera bersiap dan mendatangi fasilitas kesehatan sehingga dapat ditolong: Ibu mengerti dengan penjelasan tanda-tanda persalinan yang diberikan, Menjelaskan kepada ibu tentang persiapan persalinan seperti pakaian ibu dan bayi sudah harus disiapkan, biaya dan transportasi serta calon pendonor apabila suatu saat terjadi kegawatdaruratan: Ibu mengerti dengan penjelasan persiapan persalinan yang diberikan, yaitu ibu ingin di tolong oleh bidan , dan ingin melahirkan di RSUD S.K Lerik Kupang, kendaraan yang digunakan adalah motor , ibu juga sudah memiliki BPJS, KTP dan surat-surat yang dibutuhkan untuk persalinan, ibu dan keluarga sudah mempersiapkan uang untuk kebutuhan persalinan dan juga calon pendonor darah jika satu saat dibutuhkan yaitu ibu dari pasien dan saudara perempuan yang memiliki golongan darah yang sama yaitu O.
4. Menganjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang mengandung gizi seimbang seperti makanan tinggi kalori dan rendah karbohidrat: Ibu mengerti dengan anjuran

yang diberikan dan akan makan makanan bergizi seimbang, Menganjurkan ibu untuk tetap melanjutkan terapi obat yang diberikan (Sulfat ferosus, Kalsium laktat, Vitamin C masing-masing 1x1). Zat besi dan vitamin C sebaiknya dikonsumsi ibu dengan teratur karena tubuh saat ini sangat membutuhkan sel darah merah untuk pembentukan haemoglobin demi perkembangan janin. Zat besi dan vitamin C lebih baik dikonsumsi diantara waktu makan atau pada jam tidur saat lambung kosong sehingga dapat diserap secara maksimal. Sedangkan kalak atau kalsium laktat dikonsumsi pagi hari dengan tidak diikuti oleh konsumsi zat kafein seperti teh atau kopi: Ibu mengerti dengan anjuran dan akan tetap mengonsumsi obat dan vitamin.

5. Menjadwalkan kunjungan ulang ibu yaitu tanggal 11-05-2018: Kunjungan ulangan sudah dijadwalkan yaitu tanggal 11-05-2018, Mendokumentasikan semua hasil temuan dan pemeriksaan pada buku KIA, status ibu, Kohort dan register: Hasil pemeriksaan sudah didokumentasikan di buku KIA, register ibu hamil, kartu ibu dan kohort pasien.

Catatan Perkembangan I (Kehamilan)
(Kunjungan Rumah)

Hari/ tanggal : 05-05-2018

Jam : 08:00 Wita

Tempat : Rumah Ny. M.S

S : Ibu mengatakan sesak napas yang dirasakan sedikit berkurang, masih merasa nyeri pinggang dan keluhan sering kencing.

O : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, conjungtiva merah muda, Tanda-tanda vital : Tekanan darah :100/80 mmHg, Nadi: 79x/mnt, Suhu : 36,7 °C, Pernapasan: 22x/mnt dan Denjut jantung janin: 146x/mnt.

Pemeriksaan leopold :

Leopold I : TFU 3 jari di bawah prosesus xiphoideus (30 cm) , pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)

Leopold II : Pada perut ibu bagian kanan teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung) dan pada perut ibu bagian kiri teraba bagian terkecil janin (ekstremitas)

Leopold III : Pada segmen bawah rahim teraba bulat, keras dan melenting (kepala) dan kepala masih dapat di goyangkan.

Leopold IV : tidak dilakukan.

Mc Donald : TFU : 30 cm, TBBA : 2790 gram

A : G₅P₄A₀AH₄, UK 38 minggu 4 hari, janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala , keadaan ibu dan janin baik.

P :

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu keadaan umum baik serta tanda vital normal. Ibu dan keluarga memahami penjelasan yang diberikan
2. Menjelaskan kepada ibu bahwa sering kencing merupakan hal yang normal untuk ibu hamil dan anjurkan ibu untuk membersihkan daerah genitalia sehabis kencing dan ganti pakaian dalam bila sudah terasa basah.
3. Jelaskan kepada ibu untuk mempersiapkan persalinan yaitu penolong persalinan, tempat persalinan, transportasi, uang, dan calon pendonor darah.
4. Jelaskan kepada ibu untuk istirahat yang teratur yaitu tidur siang \pm 1-2 jam dan tidur malam \pm 7-8 jam.
5. Menganjurkan kepada ibu untuk melakukan perawatan payudara dengan menggunakan baby oil atau minyak kelapa usapkan diputing susu selama 2-3 menit
6. Menganjurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi obat-obatan yang didapat dari puskesmas yaitu tablet Sulfat ferosus, Kalsium laktat dan Vitamin C, dan obat yang tersisa yaitu masing-masing masih tersisa 13 butir, Ibu akan mengikuti

anjuan yang diberikan dan tetap mengkonsumsi obat secara teratur.

7. Menjelaskan macam-macam KB pasca salin bagi persiapan ibu setelah persalinan nantinya, ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan ibu mengaku tertarik pada KB Suntik 3 bulan, ibu masih ingin berdiskusi dengan suami.
8. Mengingatkan ibu kontrol di puskesmas tanggal 11 Mei 2018 atau sewaktu-waktu apabila ada keluhan dan mengganggu sebelum tanggal kunjungan ulangan
9. Mendokumentasikan semua hasil temuan dan pemeriksaan.

Catatan Perkembangan II (Kehamilan)

Hari/ tanggal : 11-05-2018

Jam : 09:00Wita

Tempat : Puskesmas Penfui

S : Ibu mengatakan nafsu makannya membaik dan sesak nafas setelah makan sudah berkurang.

O : keadaan umum ibu baik, kesadaran composmentis, berat badan : 60 kg, tekanan darah : 100/60 mmhg, Nadi : 86x/m, Pernapasan : 18x/m, Suhu : 36,5°C, Tidak ada chloasma, konjungtiva merah muda, ada hyperpigmentasi areola dan pengeluaran colostrum.

Pemeriksaan Leopold :

Leopold I : TFU 3 jari di bawah prosesus xiphoideus (31 cm),
pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)

Leopold II : Pada perut ibu bagian kanan teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung) dan pada perut ibu bagian kiri teraba bagian terkecil janin (ekstremitas)

Leopold III : Pada segmen bawah rahim teraba bulat, keras dan melenting (kepala) dan kepala masih dapat di goyangkan 5/5.

Leopold IV : Tidak dilakukan.

Mc Donald : TFU : 31 cm, TBBA : 2945 gram

Ekstremitas : tidak ada oedema dan varises

DJJ : terdengar kuat, jelas, dan teratur pada puctum
maksimum kanan dengan frekuensi 142x/mnt.

Pemeriksaan penunjang : Hb : 11,0 gr%

A : Diagnosa : G₅P₄A₀AH₄, UK 39 minggu 3 hari, janin
tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala ,
keadaan ibu dan janin baik.

P :

1. Menjelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan
keadaan umum ibu baik, tanda vital dalam batas normal.
Ibu mengerti dengan penjelasan
2. Menginformasikan bahwa kadar Hb ibu dalam batas
normal yaitu 11,0 gr%, dan anjurkan ibu untuk tetap

mempertahankannya dengan banyak mengonsumsi makanan bergizi dan istirahat yang teratur.

3. Menjelaskan pada ibu tanda-tanda persalinan, seperti keluarnya lendir darah dan nyeri perut yang sering, agar ibu segera ke puskesmas. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan
4. Mengkaji ulang pengetahuan ibu tentang persiapan pertolongan persalinan dan kegawatdarurat (P4K). Ibu mengatakan sudah mempunyai rencana dan persiapan, ini sudah dibicarakan dengan suami
5. Mengingatkan ibu untuk Kontrol ke puskesmas pada tanggal 18 Mei 2018 jika ibu belum melahirkan tapi jika sebelum tanggal kontrol ulang ibu mengalami keluhan segera datang kontrol atau ibu mengalami tanda-tanda persalinan segera mengunjungi fasilitas kesehatan yang telah disepakati dengan suami dan keluarga untuk melakukan persalinan disana.
6. Mendokumentasikan semua hasil temuan dan pemeriksaan

Catatan Perkembangan III (Kehamilan)
(Kunjungan Rumah)

Hari/ tanggal : 14-05-2018

Jam : 10:00 Wita

Tempat : Rumah Ny. M.S

S : ibu mengatakan kondisinya membaik, tidak sesak nafas lagi setelah habis makan dan akhir-akhir ini mulai merasa nyeri punggung dan perut bagian bawah tidak teratur.

O : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, conjungtiva merah muda, Tanda-tanda vital : Tekanan darah :100/70 mmHg, Nadi: 83x/mnt, Suhu : 36,8°C, Pernapasan: 24x/mnt dan Denjut jantung janin : 140x/mnt.

Pemeriksaan Leopold :

Leopold I : TFU 2 jari di bawah prosesus xiphoideus (30 cm), pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)

Leopold II : Pada perut ibu bagian kanan teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung) dan pada perut ibu bagian kiri teraba bagian terkecil janin (ekstremitas)

Leopold III : Pada segmen bawah rahim teraba bulat, keras dan melenting (kepala).

Leopold IV : kepala sudah masuk pintu atas panggul (PAP) 4/5

Mc Donald : TFU : 30 cm, TBBA : 2945 gram

A : G₅P₄A₀AH₄, UK 39 minggu 6 hari, janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala , keadaan ibu dan janin baik.

P :

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu keadaan umum baik serta tanda vital normal. Ibu dan keluarga memahami penjelasan yang diberikan
2. Menjelaskan kepada ibu tentang ketidaknyamanan yang sedang ibu rasakan sekarang seperti nyeri punggung dan perut bagian bawah yang tidak teratur. Ibu mengerti dengan penjelasan.
3. Menjelaskan kepada ibu cara mengatasi ketidaknyamanan yang dirasakan oleh ibu saat ini. Ibu mengerti dan akan mengikuti cara mengatasi ketidaknyamanan
4. Mengkaji ulang pengetahuan ibu terhadap konseling pada kunjungan sebelumnya. Ibu masih dapat menjelaskan materi konseling yang lalu
5. Menyarankan kepada ibu untuk memilih bahan makanan yang masih segar sehingga kandungan yang terdapat didalam makanan masih dalam keadaan baik dan dapat memenuhi kebutuhan zat gizi terutama zat besi ibu.

6. Mengevaluasi ketaatan ibu meminum obat yang didapat dari puskesmas yaitu kalk, Sulfat ferosus dan vitamin C dengan meminta sediaan obat yang masih ibu punya.
7. Mengingatkan ibu untuk Kontrol ke puskesmas pada tanggal 18 Mei 2018 jika ibu belum melahirkan tapi jika sebelum tanggal kontrol ulang ibu mengalami keluhan segera datang kontrol atau ibu mengalami tanda-tanda persalinan segera mengunjungi fasilitas kesehatan yang telah disepakati dengan suami dan keluarga untuk melakukan persalinan disana.
8. Mendokumentasikan semua hasil temuan dan pemeriksaan

Catatan Perkembangan IV(Persalinan)

Tanggal : 16-05-2018 Pukul : 00: 50 Wita

Tempat : RSUD S.K Lerik Kupang

S : Ibu mengatakan mau melahirkan, pergerakan janin masih dirasakan dalam 24 jam terakhir, ibu mengatakan merasa nyeri pada perut bagian bawah yang menjalar ke pinggang dan sudah keluar lendir bercampur bercak-bercak darah sejak pukul 23:00 Wita.

O : Keadaan ibu baik, kesadaran composmentis.

- Tanda vital : Tekanan darah : 100/70 mmHg, Suhu : 36,8°C, Nadi: 80x/mnt, pernapasan : 23x/mnt.

- Pemeriksaan kebidanan :

Inspeksi : wajah tidak oedema, konjungtiva merah muda, sklera putih, dada simetris, ada pengeluaran colostrum dan terjadi hyperpigmentasi.

- Palpasi Leopold :

Leopold I : TFU $\frac{1}{2}$ pusat dan processus xiphoideus (30 cm), pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)

Leopold II : Pada perut ibu bagian kanan teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung) dan pada perut ibu bagian kiri teraba bagian terkecil janin (ekstremitas)

Leopold III : Pada segmen bawah rahim teraba bulat, keras dan melenting (kepala) dan kepala sudah masuk PAP

Leopold IV : Divergen, perabaan 3/5

Mc Donald : TFU : 30 cm, TBBA : 2945 gram

Auskultasi DJJ : Frekuensi 135x/menit, teratur dan kuat pada puctum maksimum kanan bawah pusat.

- Pemeriksaan Dalam

Jam : 01:00 Wita

- Vulva/vagina : tidak ada oedema, tidak ada varises, tidak ada kelainan dan ada pengeluaran lendir darah.
- Portio : lunak
- Pembukaan : 1 cm
- Kantong Ketuban : +
- Bagian Terendah : kepala
- Posisi : UUK kiri depan
- Molase : tidak ada
- Turun Hodge : I

Auskultasi DJJ : Frekuensi 138x/menit, teratur dan kuat, pada puctum maksimum kanan bawah pusat.

His : frekuensi 2x10' ~25-30 detik.

A: G₅P₄A₀AH₄, UK: 40 minggu 1 hari, janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala I, fase laten.

P:

1. Menginformasikan semua hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga
2. Mengajarkan ibu tidur miring kiri dan kaki kiri di luruskan , kaki kanan tekuk , itu dapat membantu proses turunnya kepala janin.

3. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum bila ibu merasa lapar
4. Menganjurkan keluarga atau suami mendampingi ibu selama ibu beristirahat

Tanggal : 16-05-2018

Jam : 05:00 wita

S: Ibu mengatakan nyeri perutnya makin bertambah dan menjalar ke pinggang dan ibu ingin buang air kecil.

O: Keadaan umum: Baik, kesadaran : composmentis, tanda-tanda vital : tekanan darah : 100/60 mmHg, suhu: 37 °C, nadi : 78x/mnt, pernapasan : 19x/mnt.

- Pemeriksaan dalam :

- Vulva/vagina : tidak ada oedema, tidak ada varises, tidak ada kelainan dan ada pengeluaran lendir darah.
- Portio : lunak
- Pembukaan : 2 cm
- Kantong Ketuban : +
- Bagian Terendah : kepala
- Posisi : UUK kiri depan
- Molase : tidak ada
- Turun Hodge : II

Auskultasi DJJ : Frekuensi 130x/menit, teratur dan kuat,
pada puctum kanan bawah pusat.

His : frekuensi 2x10'~25-30 detik.

A: G₅P₄A₀AH₄, UK: 40 minggu 1 hari, janin tunggal hidup
intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala I, fase laten.

P:

1. Menginformasikan semua hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga
2. Menganjurkan suami untuk membawa ibu ke kamar mandi untuk buang air kecil
3. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan kencing karena menahan kencing dapat memperlambat penurunan kepala janin
4. Jam 06:00 wita , menganjurkan suami untuk membawa ibu berjalan-jalan sekitaran ruangan bersalin.
5. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum.

Tanggal : 16-05-2018

Jam : 09:00 wita

S : Ibu mengatakan nyeri perutnya yang dirasakan makin bertambah

O : KU ; Baik, kesadaran : composmentis, tanda-tanda vital : tekanan darah: 110/60 mmHg, suhu: 37,2 °C, nadi : 86x/mnt, pernapasan: 23x/mnt.

- Pemeriksaan dalam :

- Vulva/vagina : tidak ada oedema, tidak ada varises, tidak ada kelainan dan ada pengeluaran lendir darah.
- Portio : lunak
- Pembukaan : 3 cm
- Kantong Ketuban : +
- Bagian Terendah : kepala
- Posisi : UUK kiri depan
- Molase : tidak ada
- Turun Hodge : II-III

Auskultasi DJJ : Frekuensi 138x/menit, teratur dan kuat, pada puctum maksimum kanan bawah pusat.

His : frekuensi 2x10'~25-30 detik.

A : G₅P₄A₀AH₄, UK: 40 minggu 1 hari, janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala I, fase laten.

P :

1. Pukul 09: 15 Wita , Memfasilitasi dokter untuk melakukan USG kepada ibu untuk melihat keadaan bayi.
2. Pukul 10:00, Memfasilitasi dokter untuk visite, hasilnya dokter menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu tentang kondisinya dan janin. Keadaan ibu dan janin masih dalam keadaan baik tapi terjadi perpanjangan fase laten dan harus segera dilakukan tindakan segera yaitu Drip oksigen atau seksio sesarea untuk melahirkan bayi. Ibu dan keluarga setuju untuk menggunakan perangsang atau drip oksigen.
3. Pukul 10:10 Wita, melakukan tindakan delegatif yaitu pemasangan infus Rinjer laktat kosong 30 Tetes per menit, infus sudah terpasang.
4. Pukul 10:20, menganjurkan pasien untuk makan dan minum, pasien sudah makan dan minum.
5. Pukul 10:45 Wita , DJJ : 136x/menit, HIS : frekuensi 3x10' ~25-30 detik.
6. Pukul 11:00 melayani drip oksigen 5 unit (8 Tetes per menit)
7. Pukul 11:14 mendengar DJJ , yaitu 137 x/menit
8. Pukul 11:15 menaikkan tetesan (12 Tetes per menit)

Tanggal : 16-05-2018

Jam : 11:30 Wita

KALA II

S : Ibu mengatakan sakit perut bagian bawah menjalar ke pinggang makin sering, ingin BAB dan meneran saat merasa sakit, ada pengeluaran cairan banyak dari jalan lahir.

O : His 4x dalam 10 menit lamanya 40-45 detik, DJJ : 142 x/menit

Vulva dan anus membuka, perenium menonjol, ada pengeluaran cairan jernih dari jalan lahir.

- pemeriksaan dalam

VT : - vulva/vagina : tidak ada oedema , tidak ada varises, tidak ada kelainan dan ada pengeluaran cairan banyak dari jalan lahir

- portio : tidak teraba

- pembukaan serviks : 10 cm

- kantong ketuban : (-)

- bagian terendah : kepala

- posisi : UUK depan

- molase : tidak ada

- kepala turun hodge : IV

A : Kala II

P :

1. Melihat dan menilai tanda gejala kala II yaitu dorangan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol dan vulva membuka. Ibu mengatakan ingin mencedan dan terlihat vulva membuka, perineum menonjol dan tekanan pada anus.
2. Memastikan kelengkapan alat persalinan yaitu partus set, hecing set dan mematahkan ampul oksitosin dan memasukkan alat suntik sekali pakai 3 ml kedalam wadah partus set.
3. Memberitahu ibu bahwa pembukaan lengkap dan keadaan janin baik DJJ 137x/mnt, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu ingin meneran. ibu mengerti dengan hasil pemeriksaan
4. Mengatur posisi ibu setengah duduk dan menghadirkan keluarga atau suami untuk menemani proses persalinan
5. Memasang handuk diatas perut ibu dan 1 kain bersih 1/3 bagian bokong ibu
6. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
7. Memimpin ibu untuk meneran saat ada his serta mengambil napas disela-sela his, memberikan hidrasi saat tidak his dan menilai DJJ : 140x/mnt

8. Meletakkan telapak tangan kanan menahan perineum dan tangan kiri menahan puncak kepala saat kepala tampak didepan vulva dengan diameter 5-6 cm
9. Memeriksa lilitan tali pusat : tidak ada lilitan tali pusat
10. Menunggu bayi melakukan putar paksi luar secara spontan
11. Setelah putaran paksi luar terjadi pegang kepala secara biparental. Menganjurkan ibu sedikit meneran saat ada kontraksi. Gerakkan kepala kebawah dan distal untuk melahirkan bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
12. Setelah bahu lahir menyanggah bahu bayi dan menyusuri punggung kearah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah janin dengan menyelipkan telunjuk diantara kedua lutut janin bayi.
13. Nilai sepintas. Bayi menangis kuat dan gerak aktif. Bayi lahir jam 11:35 Wita, jenis kelamin perempuan.

Tanggal : 16-05-2018

Jam : 11:43 Wita

KALA III

S : Ibu mengatakan merasa perutnya mules dan ada pengeluaran darah sedikit dari jalan lahir

O : Keadaan umum baik, Badan ibu berkeringat, Tinggi Fundus Uteri setinggi pusat, Kontraksi uterus baik, Plasenta belum lahir, tali pusat terlihat memanjang di vulva, kandung kemih teraba kosong, terlihat semburan darah tiba-tiba dan uterus membesar.

A : Kala III

P :

1. Meletakkan bayi diatas perut ibu, mengeringkan bayi kecuali telapak tangan dan mengganti handuk yang basah serta membiarkan bayi diatas perut ibu.
2. Memeriksa uterus untuk memastikan tidak ada janin kedua
3. Memberitahu ibu akan disuntikkan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 bagian atas paha kanan bagian luar dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir
4. Setelah 2 menit kelahiran bayi, menjepit tali pusat 3 cm dari pangkal pusat dan klem berikut 2 cm dari klem pertama lalu melakukan pengguntingan tali pusat.
5. Mengklem tali pusat dengan klem tali pusat

6. Meletakkan bayi dengan tengkurap didada ibu, antara kedua payudara dan menyelimuti bayi dengan kain yang kering dan bersih serta mengenakan topi.
7. Menjelaskan kepada ibu bahwa plasenta belum lahir dan akan dilakukan pertolongan lahirnya plasenta
8. Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
9. Mengobservasi kontraksi uterus pada saat his melakukan peregangannya tali pusat terkendali. Setelah ada tanda-tanda pelepasan plasenta, ujung tali pusat nampak di vulva, tangan kanan melahirkan plasenta sesuai jalan lahir, memutar plasenta ke satu arah hingga plasenta dan selaput ketuban lahir seluruhnya

Jam 11.43 plasenta lahir spontan seluruhnya
10. Melakukan dan mengajarkan ibu masase uterus dengan cara mengusap fundus uteri dengan gerakan sirkular telapak tangan kiri, Kontraksi uterus kuat, TFU setinggi pusat
11. Memeriksa kelengkapan plasenta dan selaput ketuban

Pada bagian maternal kotiledon lengkap Plasenta lengkap, selaput dan kotiledon utuh, insersi lateralis dan panjang tali pusat 40 cm.

12. Memeriksa adanya perlukaan jalan lahir

Ada luka perineum derajat 1, namun perdarahan tidak aktif dan tindakan yang dilakukan adalah heacting.

13. Mengobservasi perdarahan. Perdarahan 100 cc

Tanggal : 16-05-2018

Pukul : 11:45 Wita

KALA IV

IBU

S : Ibu mengatakan sangat senang dengan kelahiran anaknya

O : Konjungtiva sedikit pucat, tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusat, kontraksi uterus kuat, badan ibu kotor oleh keringat, darah, dan air ketuban. Tekanan darah : 100/60 mmHg, Nadi : 90x/m, pernapasan : 20x/m, suhu 37,2 °C.

A : Kala IV

P :

1. Melakukan masase pada fundus uteri dengan menggosok fundus secara sirkuler menggunakan telapak tangan sehingga kontraksi uterus baik (fundus teraba keras)
2. Melakukan dan mengajarkan ibu masase uterus dengan cara mengusap fundus uteri dengan gerakan sirkular telapak tangan kiri , Kontraksi uterus kuat, TFU 2 jari bawah pusat
3. Memeriksa kelengkapan plasenta dan selaput ketuban

Pada bagian maternal kotiledon lengkap Plasenta lengkap, selaput dan kotiledon utuh, insersi lateralis dan panjang tali pusat 40 cm.

4. Memeriksa adanya perlukaan jalan lahir
5. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
6. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
7. Memeriksa nadi ibu, suhu, kandung kemih, kontraksi dan perdarahan setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan 30 menit jam kedua pasca persalinan dan hasilnya terlampir pada partograf halaman belakang.
8. Memastikan bayi bernafas dengan baik
9. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi
10. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi kedalam plastic dan meminta keluarga menguburnya
11. Membersihkan ibu menggunakan air DTT membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
12. Memastikan ibu nyaman dan memberitahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum atau makan.
13. Mencelup sarung tangan dan mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir
14. Melengkapi partograf

15. Mengajarkan keluarga cara masase uterus dan menilai kontraksi
16. Menganjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dini seperti miring kiri, miring kanan dan mulai mencoba duduk. Ibu mengerti dan akan melakukan hal yang dianjurkan.
17. Pukul 14:00 wita, ibu dan bayi dipindahkan ke ruangan cendrawasih (ruangan nifas) dan ibu sementara terpasang infus RL dengan drip oksitosin 5 IU/20 tetes permenit.

BAYI :

Jam : 11:35 Wita

S : -

O : Bayi lahir spontan, letak belakang kepala, lahir langsung menangis kuat, gerakan aktif, tonus otot baik, warna kulit kemerahan , jenis kelamin perempuan.

A : Neonatus cukup bulan – Bayi baru lahir normal

P :

1. Letakan dan keringkan bayi diatas perut ibu, setelah mengeringkan ganti handuk yang telah basah dengan kain kering.
2. Dalam 2 menit setelah bayi lahir, meraba tali pusat bayi. Setelah tali pusat tidak berdenyut, jepit tali pusat dengan penjepit tali pusat kira-kira 3 cm dari pusat bayi, kemudian

mendorong isi tali pusat ke arah distal dan menjepit kembali tali pusat dengan klem 2 cm dari penjepit tali pusat.

3. Memotong tali pusat di antara penjepit tali pusat dan klem
4. Memantau napas dan suhu bayi : hasilnya napas 43 x/menit, suhu 36,7°C
5. Memfasilitasi IMD, melatakan bayi diatas perut ibu agar kontak kulit dengan ibunya.
6. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain agar hangat
7. Pasang topi di kepala bayi.
8. Memberitahu ibu bahwa bayi diatas perut ibu selama 1 jam, setelah 1 jam bayi akan diambil untuk pemberian Vitamin K1, Salep mata dan pemeriksaan fisik.

Jam: 12: 35 Wita

S : -

O : - Keadaan umum bayi baik , Jenis kelamin perempuan, BB: 3500 gram, PB: 48 cm, LK : 33 cm, LD: 34 cm, LP: 33 cm.

- Tanda vital : Suhu : 36,9 °C, Nadi : 138x/m, RR : 42x/menit
- Pemeriksaan fisik :
 - a. Kepala : tidak ada caput succadeneum dan cephal hematoma
 - b. Wajah : kemerahan, tidak ada oedema

- c. Mata : konjungtiva tidak pucat dan sklera tidak ikterik, serta tidak ada infeksi
 - d. Telinga : simetris, tidak terdapat pengeluaran secret
 - e. Hidung : tidak ada secret, tidak ada pernapasan cuping hidung
 - f. Mulut : tidak ada sianosis dan tidak ada labiognatopalato skizis
 - g. Leher : tidak ada benjolan
 - h. Dada : tidak ada retraksi dinding dada, bunyi jantung normal dan teratur
 - i. Abdomen : tidak ada perdarahan tali pusat, bising usus normal, dan tidak kembung
 - j. Genitalia : labia minora sudah menutupi labia mayora
 - k. Anus : ada lubang anus
 - l. Ekstermitas : jari tangan dan kaki lengkap, tidak oedema, gerak aktif, tidak ada polidaktili, kulit kemerahan.
 - Eliminasi :
 - a. BAK : Belum ada
 - b. BAB : Belum ada
- A : Neonatus cukup bulan – Sesuai masa kehamilan umur 1 jam

P :

1. Mencuci tangan sebelum kontak dengan bayi. Melakukan penimbangan dan pengukuran setelah kontak kulit selama satu jam. Penimbangan dan pengukuran sudah dilakukan
2. Lakukan penimbangan berat badan hasilnya BB: 3500 gram, letakan bayi diatas meja pemeriksaan, berikan salep mata (Oxytetrasiklin 1%), Suntikan vitamin K (1 mg IM pada paha kiri bayi). Lakukan pemeriksaan bayi. Napas: 42 x/menit, frekuensi jantung 138 x/menit, suhu : 36,9 °C, Lakukan pemeriksaan secara head to toe, Panjang badan: 48 cm, Lingkar kepala : 33 cm, Lingkar dada: 34 cm, Lingkar perut: 33 cm. Hasil pemeriksaan bayi tidak ada kelainan. Memakaikan pakaian bayi dan mengembalikan kepada ibu. Informasikan hasil pemeriksaan bayi : berat badan 3500 gram, panjang badan : 48 cm, bayi dalam keadaan normal, bayi sudah di beri salep mata dan vitamin K.
3. Menjaga kehangatan bayi dengan menyelimuti bayi menggunakan kain bersih dan hangat serta memakaikan topi
4. Memeriksa bayi bahwa bayi bernapas dengan baik. Bayi bernapas dengan baik , tidak terlihat retraksi dinding dada dan cuping hidung.
5. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak dengan ibu agar diberi ASI.

6. Meminta ibu untuk menjaga kehangatan bayi dan menunda memandikan bayi setidaknya 6-24 jam setelah lahir. Ibu mengerti dan akan memandikan setelah 6-24 jam
7. Mengajarkan ibu dan keluarga cara menjaga kehangatan bayi baru lahir seperti memakaikan topi, sarung tangan dan kaki, tunda memandikan hingga 6-24 jam, membungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, segera mengganti pakaian bayi jika basah. Ibu dan keluarga mengerti tentang cara menjaga kehangatan bayi.
8. Mengajarkan ibu tentang perawatan tali pusat seperti menghindari pembungkusan tali pusat, jangan mengoleskan atau membubuhkan apapun pada tali pusat, melipat popok dibawah tali pusat bayi, jika putung tali pusat kotor maka cuci secara hati-hati dengan air matang, jika tali pusat bernanah atau berdarah maka segera melapor dan bawa ke fasilitas kesehatan.
9. Mengajarkan cara menjaga personal hygiene bayi dengan cara :
 - a. Mengganti popok sehabis BAB/BAK
 - b. Menjaga lingkungan bayi agar tetap hangat
10. Menjelaskan tanda-tanda bahaya yang terjadi pada bayi baru lahir kepada kedua orang tua seperti pernafasan bayi yang sulit, warna kulit biru atau pucat, suhu tubuh panas

>38°C atau bayi kedinginan < 36,5°C, hisapannya lemah, mengantuk berlebihan, rewel, muntah, tinja lembek, tali pusat merah dan berbau serta bengkak. Ibu mengerti dengan penjelasan tanda bahaya yang diberikan.

Jam: 13: 35 Wita

S : ibu mengatakan bayi mulai bisa mengisap ASI

O : - Keadaan umum baik, kesadaran: composmentis

- Tanda vital : Suhu : 36,7 °C, Nadi : 136x/m, RR : 40x/menit

A : Neonatus cukup bulan – Sesuai masa kehamilan umur 2 jam

P :

1. Beritahu ibu bahwa bayi sudah 1 jam di atas perut ibu jadi akan di ambil untuk pemberian HBO. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir lalu keringkan dengan handuk kering, memakai sarung tangan, mengambil bayi dan letakkan di atas meja pemeriksaan, lalu berikan suntikan imunisasi HBO, mengembalikan bayi pada ibunya dan menginformasikan bahwa bayi sudah diberi imunisasi HBO, melepas sarung tangan, mencuci tangan dengan sabu dan air mengalir lalu keringkan dengan handuk bersih. Mencatat hasil pada partograf dan status.

2. Melakukan persiapan pindah ruangan untuk di rawat gabung bersama ibunya.
3. Pukul 14:00 wita, ibu dan bayi dipindahkan ke ruangan cendrawasih (ruangan nifas).

Catatan perkembangan V (6 jam postpartum)

Tanggal : 16 Mei 2018

Pukul : 17: 00 WITA

Tempat : RSUD S.K Lerik Kupang

IBU

S : ibu mengatakan perutnya masih terasa mules dan ada pengeluaran darah sudah 1 kali ganti pembalut dan darah tidak terlalu banyak dan ibu tidak merasa pusing. Ibu juga sudah bisa duduk di atas tempat tidur dan sekarang Ibu mengatakan ingin berkemih.

O : Keadaan umum : baik, Kesadaran : composmentis, Tanda vital tekanan darah : 100/60 mmHg, nadi: 78x/m, pernapasan: 19x/m, suhu: 37,2 °C, wajah tidak pucat, konjungtiva sedikit pucat, tidak ada oedema di wajah, tidak ada pembesaran kelenjar di leher, puting menonjol, ada sedikit pengeluaran ASI di kedua payudara, tinggi fundus 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, lochea rubra,luka perineum derajat 1, perdarahan tidak aktif, pengeluaran lochea tidak berbau, ekstermitas simetris, tidak oedema.

A: P₅ A₀ AH₅, postpartum normal 6 jam pertama

P :

1. Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi ibu baik, tanda vital dalam batas normal, kontraksi uterus ibu baik dan perdarahan normal. Ibu mengerti dan merasa senang dengan hasil pemeriksaan.
2. Membantu ibu untuk berkemih secara spontan. Ibu sudah berkemih \pm 30 cc.
3. Menganjurkan ibu untuk tetap banyak mengonsumsi air putih serta menjaga pola makan yang bernutrisi baik demi produksi ASI yang berkualitas. Ibu mengerti dengan anjuran dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan
4. Menganjurkan kepada ibu untuk menjaga kebersihan diri seperti menjaga agar daerah kemaluan tetap bersih dengan mengganti pembalut sesering mungkin, apabila ibu merasa sudah tidak nyaman. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan
5. Menganjurkan ibu untuk beristirahat yang cukup yaitu saat bayi tidur ibu juga ikut istirahat. Apabila ibu tidak cukup istirahat maka dapat menyebabkan produksi ASI berkurang, memperlambat involusio uteri, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan merawat bayi sendiri. Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan

6. Menjelaskan tanda bahaya masa nifas kepada ibu seperti terjadi perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan yang berbau dari jalan lahir, bengkak diwajah tangan dan kaki, demam lebih dari 2 hari, payudara bengkak disertai rasa sakit, agar ibu segera mengunjungi fasilitas kesehatan agar segera mendapat penanganan. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
7. Mengajarkan perlekatan bayi saat menyusui yang baik dan benar agar kegiatan menyusui ibu menjadi efektif. Ibu mengerti dan dapat melakukan dengan baik.
8. Menjadwalkan kunjungan ibu ke puskesmas pada tanggal 19 Mei 2018

BAYI

S : ibu mengatakan tidak ada keluhan yang ingin disampaikan mengenai bayinya dan sekarang bayinya sudah mengisap ASI dengan baik.

O : Keadaan umum : baik, Kesadaran : composmentis, tanda vital nadi/heart rate: 137x/menit, pernapasan : 46x/menit, suhu : 37,3 °C, kulit kemerahan, bayi terlihat menghisap kuat, tali pusat tidak ada perdarahan dan infeksi, eliminasi : BAB (+) / BAK (+)

A: Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 6 jam pertama

P :

1. Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi bayinya baik-baik saja, tanda vital dalam batas normal, ibu terlihat senang mendengar info yang diberikan.
2. Mengajarkan ibu tentang perlekatan menyusui bayi yang benar yaitu bayi sejajar atau satu garis lurus dengan ibu, dagu bayi menempel ke payudara ibu, mulut terbuka lebar, sebagian besar areola terutama yang berada dibawah masuk kedalam mulut bayi, bibir bayi terlipat keluar, tidak boleh terdengar bunyi decak hanya bunyi menelan saja, dan bayi terlihat tenang. Ibu mengerti dan tampak dapat mempraktekkan dengan benar
3. Mengajarkan kepada ibu cara merawat bayi, meliputi :
 - a. Pemberian nutrisi : menganjurkan ibu memberikan ASI sesering mungkin dengan frekuensi menyusu setiap 2-3 jam dan pastikan bayi mendapatkan cukup colostrums selama 24 jam dan menganjurkan ibu memberikan ASI saja sampai usia 6 bulan
 - b. Menjaga kehangatan tubuh bayi
 - c. Mencegah terjadinya infeksi pada bayi : meminta ibu dan keluarga mencuci tangan sebelum memegang bayi atau setelah menggunakan toilet untuk BAB atau BAK, menjaga kebersihan tali pusat dengan tidak

membubuhkan apapun, meminta ibu menjaga kebersihan dirinya dan payudaranya, menganjurkan ibu agar menjaga bayi dari anggota keluarga yang sedang sakit infeksi.

4. Menjelaskan kepada ibu tanda bahaya yang terjadi pada bayi diantaranya warna kulit menjadi biru atau pucat, hisapannya lemah, rewel, banyak muntah, tinja lembek, ada lendir darah pada tinja, tali pusat memerah atau bengkak dan bau, tidak berkemih dalam 3 hari, kejang, agar ibu segera membawa bayinya ke fasilitas kesehatan terdekat untuk dapat ditangani. Ibu mengerti dan akan mengingat tanda bahaya.
5. Menjadwalkan kunjungan ke puskesmas pada tanggal 19 Mei 2018.

Catatan perkembangan VI (Hari 1 postpartum KF 1 dan KN 1)
(Kunjungan Rumah)

Tanggal : 17 Mei 2018

Pukul : 16.00 WITA

Tempat : Rumah Ny. M.S

IBU

S : ibu mengatakan masih ada darah yang keluar tapi tidak berbau, ibu menyampaikan ia sudah BAB dan BAK spontan serta senang merawat bayinya

O : Keadaan umum : baik, Kesadaran : composmentis ,tanda vital : tekanan darah : 100/70 mmHg, nadi : 82x/menit, pernapasan: 22x/menit, suhu: 36,8°C, tidak ada oedema di wajah, tidak ada pembesaran kelenjar di leher, puting menonjol, ada produksi ASI di kedua payudara, tinggi fundus 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, lochea rubra, pengeluaran lochea tidak berbau, ekstermitas simetris, tidak oedema

A : P₅ A₀ AH₅ postpartum normal 1 hari

P :

1. Menginformasikan kepada ibu bahwa keadaan umum ibu baik, tanda vital dalam batas normal, kontraksi uterus ibu baik. Ibu mengerti dan merasa senang dengan hasil pemeriksaan.

2. Menganjurkan kepada ibu untuk menjaga kebersihan diri seperti menjaga agar daerah kemaluan tetap bersih dengan mengganti pembalut sesering mungkin, apabila ibu merasa sudah tidak nyaman. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan
3. Mengajarkan kepada ibu cara merawat bayi, meliputi menjaga kehangatan bayi, memberikan ASI sesering mungkin dan mencegah infeksi
4. Menjelaskan tanda bahaya masa nifas kepada ibu seperti terjadi perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan yang berbau dari jalan lahir, bengkak diwajah tangan dan kaki, demam lebih dari 2 hari, payudara bengkak disertai rasa sakit, agar ibu segera mengunjungi fasilitas kesehatan agar segera mendapat penanganan. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
5. Menganjurkan ibu tetap mengonsumsi tablet sf yang masih tersisa sewaktu hamil, dan memberikan tambahan tablet sf sebanyak 40 tablet dan vitamin A 200.000 IU 2 tablet serta paracetamol 6x500 g kepada ibu. Ibu bersedia mengonsumsi obat secara teratur.
6. Menjadwalkan kunjungan ibu ke puskesmas pada tanggal 19 Mei 2018

BAYI :

S : ibu mengatakan bayinya sudah BAB dan BAK spontan serta tidak ada keluhan spesifik yang ingin disampaikan mengenai bayinya

O : Keadaan umum : baik, Kesadaran : composmentis, tanda vital : nadi : 144x/menit, pernapasan : 48x/menit, suhu : 36,7 °C, kulit kemerahan, bayi terlihat menghisap kuat, tali pusat tidak ada perdarahan dan infeksi, eliminasi : BAB (+), BAK (+).

A: Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 1 hari

P :

1. Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi bayinya baik-baik saja, tanda vital dalam batas normal, ibu terlihat senang mendengar info yang diberikan.
2. Menjelaskan kepada ibu tanda bahaya yang terjadi pada bayi diantaranya warna kulit menjadi biru atau pucat, hisapannya lemah, rewel, banyak muntah, tinja lembek, ada lendir darah pada tinja, tali pusat memerah atau bengkak dan bau, tidak berkemih dalam 3 hari, kejang, agar ibu segera membawa bayinya ke fasilitas kesehatan terdekat untuk dapat ditangani. Ibu mengerti dan akan mengingat tanda bahaya.

3. Menjelaskan kepada ibu untuk memberikan ASI kepada bayi secara *on demand* atau sesuai keinginan bayi dan memberikan ASI sampai bayi berusia 6 bulan.
4. Mengajarkan ibu cara menyendawakan bayi ketika selesai menyusui yaitu dengan menepuk pundak bayi hingga terdengar bayi bersendawa dan menidurkan bayi sedikit miring agar tidak terjadi aspirasi air susu ketika selesai menyusui.
5. Memandikan bayi, menggunakan air hangat dan tetap menjaga kehangatan bayi.
6. Menjadwalkan kunjungan ibu ke puskesmas pada tanggal 19 Mei 2018

**Catatan perkembangan VII (hari 7 postpartum (KF 2 dan KN 2)
(Kunjungan Rumah)**

Tanggal : 23 Mei 2018

Pukul : 09: 00 Wita

Tempat : Rumah Ny. M.S

IBU

S : ibu mengatakan masih ada pengeluaran cairan kuning kecoklatan dan sekarang produksi ASInya semakin baik.

O : Keadaan umum : baik, Kesadaran : composmentis, tanda vital : tekanan darah : 110/70 mmHg, nadi: 88x/menit, pernapasan: 19x/menit, suhu: 36,9°C, tidak ada oedema di wajah, tidak ada pembesaran kelenjar di leher, puting menonjol, pengeluaran ASI di

kedua payudara sudah banyak, tinggi fundus tidak teraba , kontraksi uterus baik, lochea sanguinolenta, pengeluaran lochea tidak berbau, ekstermitas simetris, tidak oedema.

A : P₅ A₀ AH₅ postpartum normal 7 hari

P :

1. Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisinya baik-baik saja, tanda vital dalam batas normal, ibu terlihat senang mendengar info yang diberikan.
2. Menganjurkan kepada ibu untuk tetap menjaga kebersihan diri seperti menjaga agar daerah kemaluan tetap bersih dengan mengganti pembalut sesering mungkin, apabila ibu merasa sudah tidak nyaman. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran yang diberikan
3. Menjelaskan tanda bahaya masa nifas kepada ibu seperti terjadi perdarahan lewat jalan lahir, keluar cairan yang berbau dari jalan lahir, bengkak diwajah tangan dan kaki, demam lebih dari 2 hari, payudara bengkak disertai rasa sakit, agar ibu segera mengunjungi fasilitas kesehatan agar segera mendapat penanganan. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.
4. Memastikan involusi uterus berjalan normal dan hasilnya TFU sudah tidak teraba lagi dan tidak ada perdarahan abnormal dari jalan lahir

5. Mengajarkan ibu melakukan perawatan payudara. Manfaat perawatan payudara dapat mengurangi resiko luka atau lecet saat bayi menyusui, mencegah penyumbatan payudara, serta memelihara kebersihan payudara demi kenyamanan kegiatan menyusui. Ibu mengerti dengan anjuran yang diberikan.
6. Mengajarkan kepada ibu cara merawat bayi, meliputi menjaga kehangatan bayi, memberikan ASI sesering mungkin dan mencegah infeksi
7. Mengajarkan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda bayi sulit menyusu

BAYI

S : Ibu mengatakan kondisi anaknya baik-baik saja, tidak ada keluhan yang ingin disampaikan

O : Keadaan umum : baik, Kesadaran : composmentis, tanda vital : nadi : 136x/menit, pernapasan : 44x/menit, suhu : 36,8 °C, kulit kemerahan, bayi terlihat menghisap kuat, tali pusat sudah lepas dan tidak infeksi, eliminasi : BAB (+) 1x, BAK (+) 3x.

A : neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 7 hari

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan bayi kepada ibunya bahwa keadaan bayi dalam keadaan normal.

2. Menilai tanda dan gejala infeksi pada bayi. Tidak ada tanda gejala infeksi pada bayi
3. Menginformasikan kepada ibu bahwa kondisi ibu dan bayi baik, tanda vital dalam batas normal. Ibu mengerti dan merasa senang dengan hasil pemeriksaan.
4. Mengkaji poin konseling tentang perlekatan bayi kepada ibu .
ibu masih dapat mencontohkan dan menjelaskan dengan baik.
5. Mengajarkan ibu tanda – tanda jika bayi cukup ASI :
 - a. Setiap menyusui bayi menyusu dengan rakus, kemudian melemah dan tertidur
 - b. Payudara terasa lunak dibandingkan sebelumnya
 - c. Payudara dan puting ibu tidak terasa terlalu nyeri
 - d. Kulit bayi merona sehat dan pipinya kencang saat mencubitnya.

Ibu mengerti dan akan memperhatikan tanda-tanda ini ketika bayi selesai menyusu.

Catatan perkembangan VIII (KF 3 dan KN 3)

Minggu ke 4

Tanggal : 13 Juni 2018

Pukul : 10.00 Wita

Tempat : Puskesmas Penfui

IBU :

S : ibu mengatakan tidak ada keluhan yang ingin disampaikan dan bayi minum ASI dengan lahap serta menghisap kuat , ibu masih menyusui bayinya dengan aktif

O : Keadaan umum : baik, Kesadaran : composmentis

- Tanda vital : Tekanan darah : 110/80 mmHg, suhu : 36,8 °C, Nadi : 82 x/menit, pernapasan : 20x/menit, Hb :11 gr %
- Pemeriksaan fisik : kepala normal, wajah tidak oedema, konjungtiva merah muda, sklera putih, leher tidak ada pembesaran kelenjar dan vena, payudara bersih, simetris, produksi ASI ada dan banyak, tinggi fundus uteri tidak teraba, lochea alba, ekstermitas tidak oedema.

A : P₅ A₀ AH₅ postpartum normal 28 hari.

P :

1. Menginformasikan kepada ibu hasil pemeriksaan terhadap ibu bahwa kondisi ibu normal, ibu senang mendengar informasi yang diberikan
2. Mengkaji pemenuhan nutrisi ibu. ibu makan dengan baik dan teratur serta sering mengonsumsi daun kelor.

3. Menkaji poin konseling yang dilakukan saat kunjungan yang lalu. Ibu masih dapat menjelaskan
4. Menganjurkan ibu dalam pemberian ASI secara “*on demand*” atau sesuai permintaan bayi dan ketika bayi tidur 2-3 jam harus dibangunkan untuk disusui. Ibu mengerti dengan anjuran yang di jelaskan.
5. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kebersihan payudaranya dan tetap melakukan perawatan payudara secara rutin
6. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi. Ibu mengerti.
7. Menasehati ibu bahwa hubungan seksual dapat dilakukan setelah darah telah berhenti, tentunya dengan memperhatikan aspek keselamatan ibu. apabila hubungan seksual saat ini belum diinginkan karena ketidaknyamanan ibu, kelelahan dan kecemasan berlebih maka tidak perlu dilakukan. Pada saat melakukan hubungan seksual maka diharapkan ibu dan suami melihat waktu, dan gunakan alat kontrasepsi misal kondom. Ibu mengerti dan akan memperhatikan pola seksualnya.
8. Menganjurkan kepada ibu untuk segera mengikuti program KB setelah 40 hari nanti. Menganjurkan ibu memakai kontrasepsi jangka panjang dan memutuskan dengan suami

tentang metode kontrasepsi yang pernah diputuskan bersama saat sebelum melahirkan. Ibu mengatakan saat ini masih ingin menggunakan metode amenorhea laktasi. Setelah bayi berusia 40 hari baru ibu mau menggunakan KB yang pernah ingin digunakan dan diputuskan saat masa kehamilan.

9. Menjadwalkan kunjungan ibu dan bayi ke puskesmas

BAYI :

S : ibu mengatakan tidak ada keluhan yang ingin disampaikan dan bayi minum ASI dengan lahap serta menghisap kuat

O : Keadaan umum baik, kesadaran:composmentis

- Tanda vital :

Suhu : 36,7 °C, Nadi 133x/menit, RR : 44x/menit

BAB 1x dan BAK 3x, Berat Badan : 4500 gr

- Pemeriksaan fisik :

- a. Kepala : bentuk normal, tidak ada benjolan dan kelainan
- b. Wajah : kemerahan, tidak ada oedema
- c. Mata : konjungtiva tidak pucat dan sklera tidak ikterik, serta tidak ada infeksi
- d. Telinga : simetris, tidak terdapat pengeluaran secret
- e. Hidung : tidak ada secret, tidak ada pernapasan cuping hidung

- f. Mulut : tidak ada sianosis dan tidak ada labiopalatokizis
- g. Leher : tidak ada benjolan dan pembesaran kelenjar
- h. Dada : tidak ada retraksi dinding dada, bunyi jantung normal dan teratur
- i. Abdomen : tali pusat sudah puput, bising usus normal, dan tidak kembung
- j. Genitalia : bersih tidak ada kelainan
- k. Ekstermitas : tidak kebiruan dan tidak oedema
- Eliminasi :
 - c. BAK : bau khas, warna kuning jernih, tidak ada keluhan
 - d. BAB : bau khas, sifat lembek, warna kekuningan, tidak ada keluhan

A : Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan usia 28 hari, keadaan ibu dan bayi sehat.

P :

1. Menginformasikan hasil pemeriksaan kepada ibu mengenai kondisi bayinya saat ini bahwa kondisi bayinya dalam batas normal.
2. Memberitahukan kepada ibu tentang tanda-tanda bahaya yang mungkin akan terjadi pada bayi baru lahir. Ibu mengerti dengan tanda-tanda bahaya yang dijelaskan.

3. Menganjurkan ibu dalam pemberian ASI secara “*on demand*” atau sesuai permintaan bayi dan ketika bayi tidur 2-3 jam harus dibangunkan untuk disusui. Ibu mengerti dengan anjuran yang di jelaskan.
4. Memfasilitasi ibu dan bayi ke posyandu matahari (Puskesmas Penfui) untuk bayi mendapatkan imunisasi BCG , BCG dapat mencegah penularan penyakit TBC (Tuberkolosis) yang berat. Bayi telah mendapatkan imunisasi BCG.

Catatan perkembangan IX (Keluarga berencana)

Hari/ tanggal : 02-07-2018

Jam : 09:00

Wita

Tempat : Puskesmas Penfui

S : Ibu mengatakan ingin membatasi jumlah anak dengan menggunakan metode kontrasepsi suntikan 3 bulan.

O : Keadaan umum baik, Kesadaran composmentis,

- Tanda-tanda vital : Tekanan darah :110/70 mmHg, Nadi: 82x/menit, Suhu : 36,4 °C, Pernapasan: 19x/menit.

- Pemeriksaan Fisik: rambut: bersih tidak rontok, wajah: bersih, tidak pucat, tidak ada oedema dan tidak ada cloasma gravidarum, mata: conjungtiva merah muda dan sklera putih, hidung: bersih, tidak ada sekret dan tidak ada polip, telinga:

simetris, bersih, tidak ada karang gigi dan tidak ada caries gigi, leher: tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan limfe, tidak ada pembendungan vena jugularis, abdomen dan ekstremitas tidak ada kelainan.

A : P₅A₀AH₅ Akseptor Baru KB Suntikan 3 Bulan

P :

1. Menginformasikan semua hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa keadaan ibu saat ini dalam batas normal.
2. Menjelaskan kepada ibu semua alat kontrasepsi yang tersedia, yaitu ada kontrasepsi non hormonal yaitu kondom dan IUD, kontrasepsi hormonal yaitu pil KB, suntikan dan implant.
3. Menjelaskan kepada ibu kontrasepsi yang cocok untuk ibu sesuai umur dan paritas ibu yaitu kontrasepsi mantab dan jangka panjang seperti IUD dan implant, tapi ibu mengatakan ingin menggunakan implant setelah 6 bulan post partum karena kebiasaan dalam keluarga.
4. Menjelaskan kepada ibu metode khusus yang dipilih ibu yaitu alat kontrasepsi 3 bulan, Efektifitasnya mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks dan mencegah sel telur menempel didinding rahim, keuntungannya: mempunyai tingkat keefektifan yang tinggi, tidak memerlukan prosedur medis termasuk pemeriksaan panggul, tidak mengganggu

senggama, kekurangan: harus kembali ke tempat pelayanan kesehatan pada waktu yang sudah ditentukan, tidak mencegah dari infeksi menular seksual (IMS), efek samping: perubahan siklus haid, kenaikan berat badan.

5. Memberikan pelayanan KB suntik sesuai standar prosedur tindakan penyuntikan.

6. Menjadwalkan kunjungan ulang 3 bulan kemudian yaitu: 25-09-2018

2.3 Pembahasan

Pembahasan merupakan bagian dari laporan kasus yang membahas tentang kendala atau hambatan selama melakukan asuhan kebidanan pada klien. Kendala tersebut menyangkut kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Dengan adanya kesenjangan tersebut dapat dilakukan pemecahan masalah untuk perbaikan atau masukan demi meningkatkan asuhan kebidanan.

Dalam penatalaksanaan proses asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. M.S di Puskesmas Penfui disusun berdasarkan dasar teori dan asuhan yang nyata dengan pendekatan manajemen kebidanan 7 langkah varney dan SOAP.

Setelah peneliti melakukan asuhan kebidanan komprehensif pada Ny. M.S umur 34 tahun di Puskesmas Penfui, peneliti ingin membandingkan antara teori dan fakta yang ada selama melakukan

asuhan kebidanan pada Ny. M.S, dari kehamilan, persalinan, masa nifas, BBL, dan KB, hal tersebut tercantum dalam pembahasan sebagai berikut:

1. Kehamilan

a. Pengakajian

1) Data subjektif

Pada kasus ini ditemukan data subjektif yaitu Ny. M.S umur 34 tahun dan ibu mengatakan sekarang hamil anak kelima, tidak pernah keguguran, memiliki anak hidup 4 orang, menurut manuaba (2008) grandemultipara adalah wanita yang telah hamil atau melahirkan 5 orang anak atau lebih hal ini sesuai dengan kasus ibu hamil yang telah hamil anak kelima. Kunjungan ibu hamil saat peneliti bertemu baru mencapai 4 kali, sedangkan Walyani (2015) mengatakan interval kunjungan pada ibu hamil minimal sebanyak 4 kali atau maksimal setiap 4 minggu sekali sampai minggu ke 28, kemudian 2-3 minggu sekali sampai minggu ke 36 dan sesudahnya setiap minggu, yang diperkuat oleh Saifuddin (2010) sebelum minggu ke 14 pada trimester I, 1 kali kunjungan pada trimester kedua antara minggu ke 14 sampai 28, dua kali kunjungan selama trimester III antara minggu ke 28- 36 dan sesudah minggu ke 36. Hal ini berarti ada kesenjangan antara teori dan kasus karena pada usia

kehamilan 37 minggu 4 hari, ibu hamil seharusnya sudah melakukan pemeriksaan minimal 8 kali.

2) Data obyektif

Pada data obyektif didapatkan pemeriksaan tanda-tanda vital dalam batas normal yaitu tekanan darah 110/80 mmHg, hal ini sesuai dengan Walyani (2015) yang mengatakan bahwa tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg sampai 140/90 mmHg. Bila >140/90 mmHg, hati-hati adanya hipertensi/preeklamsia. Dan Nadi 80x/menit dalam batas normal, hal ini sesuai dengan Marmi (2014) yang mengatakan denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut permenit(dpm), pernapasan ibu 19x/menit, hal ini sesuai dengan Romauli (2011) yang mengatakan pernapasan yang normal adalah 16-20 x/menit. dan ibu yaitu suhu 36,5°C hal ini sesuai dengan Walyani (2015) yang mengatakan suhu badan yang normal 36,5°C sampai 37,5°C. Berat badan ibu sebelum hamil 44 kg dan selama hamil berat badan 60 kg, sehingga selama kehamilan mengalami kenaikan berat badan 16 kg hal ini sesuai dengan Romauli (2011) mengatakan normalnya penambahan berat badan tiap minggu adalah 0,5 kg dan penambahan berat badan ibu dari awal sampai akhir kehamilan adalah 6,5 sampai 16,5 kg.. Palpasi abdominal TFU 29 cm, pada fundus teraba bulat, tidak

melenting (bokong), bagian kanan teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung), bagian kiri teraba bagian kecil janin, pada segmen bawah rahim teraba keras, bulat dan melenting (kepala) dan belum masuk PAP. Manuaba (2010) menjelaskan bahwa jika kepala belum masuk PAP, maka pemeriksaan abdominal selanjutnya (Leopold IV) tidak dilakukan. Teori ini diperkuat dengan Manuaba (2010) Leopold IV tidak dilakukan jika pada pemeriksaan Leopold III bagian terendah janin belum Masuk PAP, dan menurut Myles (2009) dan Sumarah (2008) penurunan kepala janin pada ibu nulipara biasanya turun dalam pelvis selama minggu terakhir kehamilan sedangkan pada multigravida, tonus otot biasanya lebih lemah dan dengan demikian, *engagement* tidak terjadi hingga persalinan benar-benar dimulai.

Pemeriksaan auskultasi denyut jantung janin 142 x/menit sesuai dengan Sulystiawati (2010) bahwa denyut jantung janin yang normal yaitu berkisar antara 120 hingga 160 x/menit. Pada kasus ini ibu melakukan pemeriksaan haemoglobin 1 kali pada trimester III, hal ini tidak sesuai dengan (Kemenkes RI, 2013) yang mengatakan pemeriksaan penunjang seperti kadar haemoglobin darah ibu dilakukan minimal satu kali pada trimester pertama dan satu kali pada trimester ketiga.

b. Analisa Diagnosa dan Masalah

Pada langkah kedua yaitu diagnosa dan masalah, pada langkah ini dilakukan identifikasi masalah yang benar terhadap diagnosa dan masalah serta kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data dari hasil anamnesa yang dikumpulkan. Data yang sudah dikumpulkan diidentifikasi sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Penulis mendiagnosa G₅P₄A₀AH₄ UK 37 minggu 4 hari, janin tunggal hidup intrauterin, letak kepala dengan kehamilan risiko tinggi (KRT) karena dalam skor poedji rochjati kasus ini mendapatkan skor 6 yaitu 2 untuk skor awal semua ibu hamil dan skor 4 untuk terlalu banyak anak (4 anak atau lebih), kasus ini masuk dalam kehamilan risiko tinggi (KRT) dan Ibu hamil dianjurkan untuk bersalin di fasilitas kesehatan yang memadai, hal ini sesuai dengan kasus karena pasien sekarang memeriksakan kehamilan di tenaga kesehatan dan perencanaan persalinan pun ingin di Rumah sakit dan di tolong oleh tenaga kesehatan.

c. Antisipasi Masalah Potensial

Pada kehamilan dengan dengan grandemultipara menurut Siswisudarmo, (2008) dapat terjadi Kelainan letak janin, disebabkan oleh karena dinding rahim dan atau dinding perut yang telah longgar akibat dari persalinan yang terdahulu, Kelainan letak plasenta (*plasenta previa*) karena dinding rahim tempat

perlekatan plasenta yang normal (di daerah fundus dan *corpus* rahim) sudah pernah dilekati plasenta pada kehamilan sebelumnya sehingga pada kehamilan kelima lebih dari lima kali, plasenta melekat di bagian bawah rahim, *Solutio plasenta*, adalah suatu keadaan dalam kehamilan dimana plasenta yang tempat perlekatannya yang normal dan Robekan pada rahim (*ruptura uteri*), penyebabnya adalah dinding rahim pada ibu yang telah melahirkan beberapa kali bayi yang dapat hidup (*viable*) sudah lemah.

d. Tindakan Segera

Peneliti tidak menuliskan kebutuhan terhadap tindakan segera atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, karena tidak terdapat adanya masalah yang membutuhkan tindakan segera.

e. Perencanaan Tindakan

Peneliti membuat perencanaan yang dibuat berdasarkan tindakan segera atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain.

Perencanaan yang dibuat yaitu konseling dan edukasi mengenai informasi hasil pemeriksaan, informasi merupakan hak ibu, sehingga lebih kooperatif dengan asuhan yang diberikan. Ketidaknyamanan yang dirasakan pada trimester III yaitu sulit bernafas merupakan hal yang fisiologis, karena perut yang semakin membesar dan tekanan bayi yang berada dibawah

diagfragma (Walyani, 2015), selain itu ada tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III seperti demam tinggi, kejang, penglihatan kabur, gerakan janin berkurang, nyeri perut yang hebat, dan oedema pada wajah, tangan serta kaki (Saifuddin, 2010), tanda-tanda persalinan seperti nyeri perut yang hebat menjalar keperut bagian bawah, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, keluar air ketuban dari jalan lahir dan nyeri yang sering serta teratur (Marmi, 2012), persiapan persalinan seperti memilih tempat persalinan, penolong persalinan, pengambil keputusan, memilih pendamping pada saat persalinan, calon pendonor darah, biaya persalinan, serta pakian ibu dan bayi. (Marmi, 2012), konsumsi makanan bergizi seimbang seperti karbohidrat, protein, mineral dan vitamin (Marjati, 2011), manfaat pemberian obat tambah darah mengandung 250 mg Sulfat ferosus untuk menambah zat besi dan kadar heamoglobin dalam darah, vitamin C 50 mg berfungsi membantu penyerapan tablet Fe dan kalk membantu pertumbuhan tulang dan gigi janin (Marjati, 2011), perawatan kehamilan sehari-hari , serta kunjungan ulang 2 minggu, kunjungan ulang pada trimester III saat usia kehamilan dibawah 36 minggu dilakukan setiap 2 minggu (Rukiah, 2009), serta dokumentasi hasil pemeriksaan mempermudah dalam pemberian pelayanan antenatal selanjutnya (Manuaba, 2010)

f. Pelaksanaan

Peneliti telah melakukan Pelaksanaan sesuai dengan rencana tindakan yang sudah dibuat. Pelaksanaan yang telah dilakukan meliputi menginformasikan pada ibu tentang hasil pemeriksaan, menjelaskan pada ibu tentang ketidaknyamanan yang ia rasakan dan cara mengatasinya, tanda-tanda bahaya kehamilan seperti demam tinggi, kejang, penglihatan kabur, gerakan janin berkurang, nyeri perut yang hebat, dan oedema pada wajah, tangan serta kaki, menjelaskan tentang perawatan kehamilan, menjelaskan tentang persiapan persalinan seperti memilih tempat persalinan, penolong persalinan, pengambil keputusan, memilih pendamping pada saat persalinan, calon pendonor darah, biaya persalinan, serta pakaian ibu dan bayi, menganjurkan ibu mengkonsumsi makanan bergizi seimbang seperti karbohidrat, protein, mineral dan vitamin, menjelaskan manfaat pemberian obat tambah darah, vitamin C dan Kalsium laktat, serta menjadwalkan kunjungan ulang 2 minggu, serta mendokumentasikan semua hasil pemeriksaan.

g. Evaluasi

Hasil evaluasi yang didapatkan peneliti mengenai penjelasan dan anjuran yang diberikan bahwa ibu merasa senang dengan informasi yang diberikan, ibu mengetahui dan memahami tentang: ketidaknyamanan yang dirasakan dan cara

mengatasinya, tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III, tanda-tanda persalinan, konsumsi makanan bergizi seimbang, manfaat obat dan cara minum obat, selain itu juga ibu bersedia datang kembali sesuai jadwal yang ditentukan serta semua hasil pemeriksaan sudah didokumentasikan.

Pada catatan perkembangan hari pertama peneliti melakukan asuhan di rumah pasien. Ny. M.S mengatakan rasa sesaknya mulai berkurang namun masih merasa nyeri pinggang dan keluhan sering kencing.

Dari data subjektif dan obyektif peneliti menemukan ibu hamil dengan masalah sering kencing. Ketidaknyamanan fisiologis menurut Walyani (2015) menyatakan bahwa pada bulan-bulan akhir kehamilan kepala janin akan lebih menekan uterus dan kandung kemih sehingga rasa ingin berkemih akan terus muncul. Kebutuhan yang diberikan pada ibu hamil dengan keluhan sering kencing adalah: KIE tentang fisiologis keluhan sering kencing pada ibu hamil trimester 3, Pada penatalaksanaan asuhan kebidanan yang direncanakan pada pasien dengan masalah sering kencing, penulis melakukan KIE tentang fisiologis keluhan sering kencing pada ibu hamil trimester 3, yaitu Peneliti tetap memberikan konseling tentang ketidaknyamanan fisiologis yang dialami ibu dan ibu menerima semua informasi yang diberikan.

Pada catatan perkembangan asuhan yang diberikan saat kunjungan kedua, ibu mengatakan nafsu makanya membaik dan sesak nafas setelah makan sudah mulai berkurang, ibu masih dapat menjelaskan materi konseling pada kunjungan sebelumnya, ibu juga taat dalam meminum obat yang diberikan dari puskesmas.

Pada catatan perkembangan ketiga, ibu mengatakan mulai merasakan sakit pada pinggang dan nyeri perut bagian bawah yang tidak teratur serta durasinya pendek dan tidak bertambah apabila ibu beraktivitas. Menurut Marmi (2012) semakin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat dengan demikian, dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering. His permulaan ini biasa disebut dengan his palsu dengan ciri-ciri rasa nyeri bagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks, durasinya pendek, dan tidak bertambah apabila beraktivitas (Marmi, 2012). Penatalaksanaan yang diberikan kepada ibu diantaranya menjelaskan rasa nyeri yang ibu alami dan meninjau kembali persiapan kelahiran yang dilakukan oleh ibu. Ibu mengerti tentang hasil penjelasan yang diberikan, ibu bersedia untuk menyiapkan persalinannya.

2. Persalinan

a. Pengakajian

1) Data subjektif :

a) Kala I: Ibu mengatakan pinggangnya sakit dan menjalar ke perut bagian bawah dan keluar sedikit bercak darah sejak pukul 23:00 Wita, hal ini sesuai dengan Rukiah (2009) yang mengatakan bahwa dinyatakan partus bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersama darah disertai dengan pendataran (*effacement*). Lendir bersemu darah berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pembuluh–pembuluh kapiler yang berada disekitar kanalis servikalis (kanalis servikalis pecah karena pergeseran–pergeseran ketika serviks membuka).

b) Kala II : Pukul 11:30 wita , ibu mengatakan mulesnya semakin kuat, dari jalan lahir keluar air bercampur darah dan rasanya seperti ingin buang air besar serta terlihat adanya dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol serta vulva, vagina dan spingter ani membuka. kondisi tersebut merupakan tanda-tanda kala II sesuai dengan Affandi (2008).

- c) Kala III: Pukul 11.36 wita ibu mengatakan merasa senang bayinya sudah lahir dan perutnya terasa mules kembali, hal tersebut merupakan tanda bahwa plasenta akan segera lahir, ibu dianjurkan untuk tidak mengedan untuk menghindari terjadinya inversio uteri, hal ini sesuai dengan Affandi (2008) bahwa tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu uterus membesar, tali pusat memanjang, terdapat semburan darah dari vagina ibu.
- d) Kala IV: Pada kala IV Ibu mengatakan perutnya masih terasa mules, namun kondisi tersebut merupakan kondisi yang normal karena rasa mules tersebut timbul akibat dari kontraksi uterus. Dilakukan pemantauan dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum, hal ini sesuai dengan Sukarni (2010) bahwa kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum.

2) Data Objektif:

- a) Kala I: Pukul 00:30 wita, suami membawa ibu ke Rumah Sakit S.K Lerik Kupang dan, tiba di rumah sakit pukul 00:50 wita dan dilakukan pemeriksaan hasilnya: TD: 100/70 mmHg, S: 36,8 °C , N: 80x/menit, RR: 23x/menit, DJJ: 135 x/menit , jam 01:00 wita , lakukan pemeriksaan dalam, hasilnya vulva vagina tidak ada

kelainan , pembukaan 1 cm dan kantong ketuban utuh, tidak ada molase, kepala turun hodge I, dan his : 1x dalam 10 menit-lamanya 25 detik. Pada pukul 05:00 wita dilakukan pemeriksaan dalam lagi dan didapatkan hasil , vulva vagina tidak ada kelainan , pembukaan 2 cm, dan kantong ketuban masih utuh ,tidak ada molase, kepala turun hodge II, TD: 100/60 mmHg, S: 37 °C, N: 78 x/menit, RR: 19x/menit, DJJ: 130 x/menit, His : 2x dalam 10 menit-lamanya 25-30 menit. dan pada pukul 09:00 wita dilakukan pemeriksaan kembali yaitu TD: 110/60 mmHg, N: 86x/menit, S:37,2 °C, RR: 23 x/menit, VT: pembukaan 3 cm, kantong ketuban utuh, tidak ada molase, kepala turun hodge II-III. Menurut Rukiah (2009) pada multigravida normalnya kala I adalah 7 jam dan diperkuat oleh sulaiman (1983) bahwa penambahan pembukaan 2 cm sejam bagi multigravida, Hal ini berarti kasus tidak sesuai teori. Dapat di simpulkan bahwa terjadi kala I lama yaitu dari jam 01:00 wita- 11:00 wita pembukaan yang terjadi 3 cm hal ini sesuai dengan Saifuddin (2009) yang mengatakan dikatakan persalinan dengan fase laten lama adalah berlangsung selama lebih dari 8 jam.

2) Kala II: His yang adekuat yaitu 4x10 menit lamanya 40-45 detik, ketuban pecah spontan saat pembukaan lengkap, ibu terlihat akan meneran saat kontraksi, perineum tampak menonjol, vulva membuka dan tekanan pada anus. Hal ini sesuai dengan Sumarah (2009) gejala utama dari kala II adalah : his semakin kuat dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik, menjelang akhir kala 1 ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran air secara mendadak, ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum, Perineum menonjol, vulva, vagina dan spingter ani membuka. Hasil pemeriksaan dalam pada tanggal 16 Mei 2018 vulva vagina tidak oedema, tidak ada jaringan parut, ada pengeluaran lendir darah, portio : tidak teraba, pembukaan 10 cm, ketuban pecah spontan dan jernih, presentasi belakang kepala. Pemeriksaan tanda-tanda vital tidak ditemukan adanya kelainan semuanya dalam batas normal yaitu, tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 90x/menit, pernafasan 20x/menit dan suhu 37°C, his bertambah kuat dan sering 4 x dalam 10 menit lamanya 40-45 detik, DJJ 142x/menit, kandung kemih kosong, pada pemeriksaan abdomen menunjukkan hasil yang

normal yaitu teraba punggung disebelah kanan dan penurunan kepala 0/5.

- 3) Kala III : Badan ibu berkeringat, tinggi fundus uteri setinggi pusat, kontraksi uterus baik, plasenta belum lahir, tali pusat terlihat memanjang di vulva, kandung kemih kosong, terlihat semburan darah tiba-tiba dan uterus membesar hal ini sesuai dengan Affandi (2008) yaitu tanda-tanda pelepasan plasenta.
- 4) Kala IV: Dilakukan pemantauan dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum, kala IV berjalan normal yaitu tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 90 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 37,2⁰c, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat, kandung kemih kosong, perdarahan \pm 20 cc

b. Analisa Diagnosa dan Masalah

Data yang sudah dikumpulkan diidentifikasi sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik.

- 1) Diagnosa Kala I: G₅P₄A₀AH₄, UK: 40 minggu 1 hari, janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala I, fase laten.
- 2) Diagnosa Kala II: inpartu kala II
- 3) Diagnosa Kala II: inpartu kala III
- 4) Diagnosa Kala IV: 2 jam post partum

c. Antisipasi Masalah Potensial

Pada kehamilan dengan dengan grandemultipara menurut Siswisudarmo, (2008) dampak pada saat persalinan yaitu rahim tidak dapat berkontraksi sehingga dapat menyebabkan perdarahan yang banyak setelah proses persalinan, retensio plasenta atau keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu setengah jam setelah janin lahir karena kurangnya kontraksi uterus. Hal ini dapat menyebabkan perdarahan setelah proses persalinan dan dapat terjadi subinvolusi uteri.

- 1) Antisipasi masalah potensial pada kala I lama : Bagi ibu berpotensi terjadi Ketuban pecah dini karena kepala bayi tertahan pada pintu atas panggul, seluruh tenaga dari uterus diarahkan ke bagian membran yang menyentuh os internal. Akibatnya, ketuban pecah dini lebih mudah terjadi infeksi (Wijayarini,2004), dan juga dapat terjadi sepsis puerperalis menurut Wijayarini (2004) bahaya infeksi akan meningkat karena pemeriksaan vagina yang berulang-ulang. Dan menurut Cunningham (2013), jika disproporsi sangat jelas sehingga tidak ada engagement atau penurunan, segmen bawah rahim menjadi sangat teregang, dan dapat diikuti oleh ruptur uterus. Sedangkan persalinan dengan kala I lama juga dapat mempengaruhi janin yaitu dapat menyebabkan detak jantung janin mengalami gangguan, dapat terjadi takikardi sampai bradikardi (Wijayarini,2004).

d. Tindakan Segera

- 1) Tindakan Segera Kala I lama : Pada kala I di lakukan tindakan segera metode drip/infus oksitosin hal ini sesuai dengan Manuaba (2009) bahwa salah satu metode akselerasi pada persalinan adalah metode drip/infus oksitosin dan di perkuat oleh *See-Saw Theory*, Prof. I Scapo dari universitas Washington menyatakan oksitosin dianggap merangsang pengeluaran prostaglandin sehingga terjadi kontraksi otot rahim.

e. Perencanaan Tindakan

- 1) Perencanaan yang dibuat pada Kala I yaitu menginformasikan semua hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga, mengajarkan ibu tidur miring kiri dan kaki kiri di luruskan, kaki kanan di tekuk, hal itu dapat membantu proses turunnya kepala janin, menganjurkan ibu untuk makan dan minum, menganjurkan ibu untuk tidak menahan kencing karena akan memperlambat proses penurunan kepala janin, menganjurkan suami untuk menemani ibu untuk berjalan-jalan sekitar ruang bersalin untuk membantu mempercepat turunnya kepala janin, menganjurkan keluarga atau suami mendampingi ibu selama ibu beristirahat hal ini sesuai asuhan sayang ibu (Marmi, 2012)

Dokter menganjurkan untuk melakukan USG dan Semua hasil pemeriksaan masih dalam keadaan normal tapi

terjadi perpanjangan fase laten sehingga harus dilakukan tindakan segera yaitu Drip oksitosin hal ini sesuai dengan Manuaba (2009) yang mengatakan bahwa salah satu metode akselerasi pada persalinan adalah metode drip/infus oksitosin dan salah satu indikasi dilakukannya akselerasi persalinan adalah kala I lama.

- 2) Perencanaan yang dibuat pada Kala II: menganjurkan keluarga atau suami mendampingi ibu, menginformasikan hasil pemeriksaan, memberi ibu minum saat tidak ada his, dan melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan 60 langkah APN, hal ini sesuai dengan asuhan sayang ibu menurut Marmi (2012)
- 3) Perencanaan yang dibuat pada Kala III: melakukan menggunting tali pusat, memberikan oksitosin 10 IU, lakukan PTT dan melakukan masase fundus uteri, hal ini sesuai manajemen aktif kala III menurut Hidayat dan Sujiyatini (2010)
- 4) Perencanaan yang dibuat pada Kala IV: mengobservasi ibu selama 2 jam , hal ini sesuai dengan Erawati (2011) yaitu kala IV(kala pengawasan) adalah kala pengawasan selama dua jam setelah bayi lahir dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan pascapartum.

f. Pelaksanaan

Peneliti telah melakukan Pelaksanaan sesuai dengan rencana tindakan yang sudah dibuat. Pelaksanaan yang telah dilakukan meliputi:

- 1) Pada kala I: menginformasikan semua hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, mengajarkan ibu tidur miring kiri dan kaki kiri di luruskan, kaki kanan di tekuk, hal itu dapat membantu proses turunnya kepala janin, menganjurkan ibu untuk makan dan minum, menganjurkan ibu untuk tidak menahan kencing karena akan memperlambat proses penurunan kepala janin, menganjurkan suami untuk menemani ibu untuk berjalan-jalan sekitar ruang bersalin untuk membantu mempercepat turunnya kepala janin, menganjurkan keluarga atau suami mendampingi ibu selama ibu beristirahat hal ini sesuai asuhan sayang ibu (Marmi, 2012)

Pada jam 09:15 wita dokter menganjurkan untuk melakukan USG dan Semua hasil pemeriksaan masih dalam keadaan normal tapi terjadi perpanjangan fase laten sehingga harus di lakukan tindakan segera yaitu Drip oksitosin hal ini sesuai dengan Manuaba (2009) yang mengatakan bahwa salah satu metode akselerasi pada persalinan adalah metode drip/infus oksitosin dan salah satu indikasi dilakukannya akselerasi persalinan adalah kala I lama.

Melakukan tindakan delegatif yaitu pemasangan infus Rinjer Laktat kosong 30 Tetes per menit, dan pada pukul 10:45 wita , penulis mendengar DJJ hasilnya 136 x/menit, dan menghitung His 3 kali dalam 10 menit lamanya 25-30 detik. Dan pada jam 11:00 melayani drip oksi 5 unit dalam 500 ml infus rinjer laktat (8 Tetes/menit) dan pada pukul 11:14 wita mendengar DJJ , hasilnya 137x/menit dan 15 menit kemudian, pada jam 11: 15 wita penulis menaikkan tetesan menjadi 12 Tetes per menit, hal ini tidak sesuai dengan Wiknjastro (2007) bahwa prosedur pemberian oksitosin yaitu infuskan oksitosin 2,5 unit dalam 500 ml dekstrore (garam fisiologik atau rinjer laktat) mulai dengan 10 tetes per menit dan naikan kecepatan infus 10 tetes permenit tiap 30 menit sampai kontraksi adekuat (3 kali dalam 10 menit dengan lama lebih dari 40 detik).

2) Pada kala II: Penatalaksanaan kala II berlangsung 5 menit dan terjadi di Rumah sakit. Peneliti Mengajarkan cara ibu mengedan yang baik, serta melakukan pertolongan persalinan sehingga jam 11.35 wita bayi lahir spontan, langsung menangis, jenis kelamin perempuan, berat badan 3500 gram, panjang badan 48 cm, IMD dilakukan pada bayi, hal tersebut sesuai dengan anjuran Affandi (2008) tentang Inisiasi Menyusu Dini (IMD) sebagai kontak awal antara bayi dan ibunya. Pada

Kasus ini kala II berlangsung selama 5 menit, hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan bahwa pada *primigravida* kala II berlangsung kurang dari 30 menit dan 80 menit pada *multigravida* (Sulaiman 1983)

- 3) Pada kala III: Segera setelah bayi lahir ibu diberikan suntikan oksitosin 10 unit secara IM di 1/3 paha kanan atas, terdapat tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu uterus membundar, tali pusat memanjang, terdapat semburan darah dari vagina ibu, kontraksi uterus baik dan kandung kemih kosong, kemudian dilakukan penegangan tali pusat terkendali yaitu tangan kiri menekan uterus secara dorsokranial dan tangan kanan menegangkan tali pusat dan 7 menit kemudian plasenta lahir spontan dan selaput amnion, korion dan kotiledon lengkap. Setelah plasenta lahir uterus ibu di massase selama 15 detik uterus berkontraksi dengan baik. Hal ini sesuai dengan manajemen aktif kala III menurut Affandi (2008). Pada Kala III pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta berlangsung selama 7 menit dengan jumlah perdarahan kurang lebih 100 cc, kondisi tersebut normal sesuai dengan teori Sukarni (2010) bahwa kala III berlangsung tidak lebih dari 30 menit dan perdarahan yang normal yaitu perdarahan yang tidak melebihi 500 ml. Hal ini berarti manajemen aktif kala III dilakukan dengan benar dan tepat.

4) Pada kala IV: Dilakukan pemantauan dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum, kala IV berjalan normal yaitu tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 90 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 37,2⁰c, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat, kandung kemih kosong, perdarahan \pm 20 cc. hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Sukarni (2010) bahwa kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum. Ibu dan keluarga diajarkan menilai kontraksi dan massase uterus untuk mencegah terjadinya perdarahan yang timbul akibat dari uterus yang lembek dan tidak berkontraksi yang akan menyebabkan atonia uteri. Hal tersebut sesuai dengan Ambarwati (2010).

g. Evaluasi

Hasil evaluasi yang didapatkan peneliti mengenai penjelasan dan anjuran yang diberikan bahwa ibu merasa senang dengan informasi yang diberikan dan mengikuti semua anjuran dan penjelasan yang peneliti sampaikan.

Penilaian kemajuan persalinan berdasarkan data-data yang diakui oleh pasien dan hasil pemeriksaan maka dapat dijelaskan bahwa pada kasus Ny. M.S termasuk ibu bersalin normal karena persalinan merupakan proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu secara pervaginam dengan kekuatan ibu sendiri, persalinan dianggap normal jika prosesnya

terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Marmi, 2012).

Asuhan kebidanan persalinan pada Ny. M.S pada dasarnya memiliki kesenjangan antara teori dan fakta yang ada. Antara lain terjadi perpanjangan pada kala I fase laten, sehingga memakan waktu yang lama, seharusnya pada kasus Ny. M.S yang adalah seorang *multipara*, Menurut Rukiah (2009) pada multigravida normalnya kala I adalah 7 jam dan diperkuat oleh sulaiman (1983) bahwa penambahan pembukaan 2 cm sejam bagi multigravida. Pada kasus terjadi kala I lama dari jam 01:00 wita- 11:00 wita pembukaan yang terjadi 3 cm.

3. Bayi Baru Lahir Normal

a. Pengakajian

1) Data Subjektif

Pada data subjektif didapatkan Ibu mengatakan bayi mulai bisa mengisap ASI

2) Data Objektif

Pada data objektif didapatkan, keadaan umum baik dan bayi menangis kuat, aktif, kulit dan bibir kemerahan jenis kelamin perempuan. Antropometri didapatkan hasil berat badan bayi 3500 gr, panjang bayi 48 cm, suhu 36,9°C, pernafasan 42 x/menit, bunyi jantung 138 x/menit, lingkaran kepala 33 cm, lingkaran dada 34 cm, warna kulit kemerahan, refleks hisap baik, bayi

telah diberikan ASI. Berdasarkan pemeriksaan antropometri keadaan bayi dikatakan normal atau bayi baru lahir normal menurut Dewi (2010) antara lain berat badan bayi 2500-4000gr, panjang badan 48-52 cm, lingkar kepala 33-35 cm, lingkar dada 30-38 cm, suhu normal 36,5-37,5°C, pernapasan 40-60x/m, denyut jantung 120-160x/menit. Keadaan bayi baru lahir normal, tidak ada kelainan dan tindakan yang dilakukan sudah sesuai dengan teori lainnya yang dikemukakan oleh Saifuddin (2009) mengenai ciri-ciri bayi baru lahir normal.

b. Analisa diagnosa dan masalah

Data yang sudah dikumpulkan diidentifikasi sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik yaitu neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan umur 2 jam.

c. Antisipasi Masalah Potensial

Pada kasus ini peneliti tidak menemukan adanya antisipasi masalah potensial.

d. Tindakan Segera

Peneliti tidak menuliskan kebutuhan terhadap tindakan segera atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, karena tidak terdapat adanya masalah yang membutuhkan tindakan segera.

e. Perencanaan Tindakan

Peneliti membuat perencanaan yang dibuat berdasarkan tindakan segera atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain diantaranya memfasilitasi IMD, Menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI sedini mungkin, menunda memandikan bayi 6-24 jam, memberikan salep mata, vitamin K dan HBO.

f. Pelaksanaan

Peneliti telah melakukan Pelaksanaan sesuai dengan rencana tindakan yang sudah dibuat. Pelaksanaan yang telah dilakukan meliputi: Membersihkan jalan nafas, memfasilitasi IMD, menjaga agar bayi tetap hangat, perawatan tali pusat, pemberian ASI dini dan eksklusif, mengajarkan kepada ibu dan keluarga tentang cara memandikan bayi dan menjelaskan menunda memandikan bayi 6-24 jam, menjelaskan tanda bahaya bayi baru lahir kepada ibu dan keluarga, pemberian vitamin K 1 jam pertama dan HBO dilakukan saat 2 jam pertama bayi lahir. Marmi (2012) menyebutkan bahwa pemberian vitamin K pada bayi dimaksudkan karena bayi sangat rentan mengalami defisiensi vitamin K dan rentan terjadi perdarahan di otak. Sedangkan HBO diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi dari ibu ke bayi. Pada By. Ny. M.S .injeksi vitamin K dan HBO telah diberikan.

g. Evaluasi

Hasil evaluasi yang didapatkan peneliti mengenai penjelasan dan anjuran yang diberikan bahwa ibu merasa senang dengan informasi mengenai bayinya yang diberikan dan mengikuti semua anjuran dan penjelasan yang peneliti sampaikan dan bayi sudah diberikan salep mata, vitamin K, dan HBO.

Kunjungan Hari Pertama Bayi Baru Lahir, ibu mengatakan bayinya sudah dapat buang air besar dan air kecil. Saifuddin (2010) mengatakan bahwa sudah dapat buang air besar dan buang air kecil pada 24 jam setelah bayi lahir. Hal ini berarti saluran pencernaan bayi sudah dapat berfungsi dengan baik. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, nadi: 144x/menit, pernafasan: 48x/menit, suhu 36,7°C, BAB 1x dan BAK 3x. Asuhan yang diberikan berupa pemberian ASI secara *on demand* atau sesuai keinginan bayi, mengajarkan menyendawakan bayi saat selesai menyusui, menjelaskan tanda-tanda bahaya bayi baru lahir, membantu memandikan bayi dan jaga kehangatan bayi. Hal ini sesuai dengan Saifuddin (2010), Selain itu asuhan yang diberikan adalah menjadwalkan kunjungan ibu ke puskesmas agar ibu dan bayi mendapatkan pelayanan yang lebih adekuat dan menyeluruh mengenai kondisinya saat ini.

Kunjungan Hari ketujuh bayi baru lahir, sesuai yang dikatakan Kemenkes (2010) KN2 pada hari ke 3 sampai hari ke 7. Ibu mengatakan bayinya dalam keadaan sehat. Hasil pemeriksaan bayinya dalam keadaan sehat yaitu Keadaan umum : baik, Kesadaran : composmentis, tanda vital : nadi : 136x/m, pernapasan : 44x/m, suhu : 36,8°C, kulit kemerahan, bayi terlihat menghisap kuat, tali pusat sudah lepas dan tidak infeksi, eliminasi: BAB (+) 1x, BAK (+) 3x. Asuhan yang diberikan berupa pemberian ASI, menilai tanda infeksi pada bayi, mengajarkan kepada ibu tentang tanda-tanda bayi cukup ASI serta jaga kehangatan.

Kunjungan 28 hari Bayi Baru Lahir, Ibu mengatakan bayinya dalam keadaan sehat. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, Suhu : 36,7°C, Nadi 133x/m, RR : 44x/m, BAB 1x dan BAK 3x, BB : 4500 gr. Pemeriksaan bayi baru lahir 28 hari tidak ditemukan adanya kelainan, keadaan bayi baik. Asuhan yang diberikan yaitu Pemberian ASI eksklusif, meminta ibu untuk pemberian ASI secara "*on demand*" atau sesuai permintaan bayi dan ketika bayi tidur 2-3 jam harus dibangunkan untuk disusui, serta memfasilitasi ibu dan bayi ke posyandu matahari (Puskesmas Penfui) untuk bayi mendapatkan imunisasi BCG.

4. Nifas

a. Pengakajian

1) Data subjektif

Pada data subjektif didapatkan, ibu mengatakan perutnya masih terasa mules, namun kondisi tersebut merupakan kondisi yang normal karena mules tersebut timbul akibat dari kontraksi uterus. Pemeriksaan 2 jam postpartum tidak ditemukan adanya kelainan

2) Data objektif

Pada data objektif didapatkan, keadaan umum baik, TD 100/60 mmHg, nadi 90x/ menit, pernafasan 20x/menit, suhu 37,2 °C, kontraksi uterus baik tinggi fundus uteri 2 jari dibawah sesuai dengan teori yang dikemukakan sulystiawati, Ari (2010) bahwa setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri setinggi pusat atau 2 jari dibawah pusat, kandung kemih kosong, perdarahan \pm 50 cc.

b. Analisa diagnosa dan masalah

Data yang sudah dikumpulkan diidentifikasi sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik yaitu P₅ A₀ AH₅ postpartum normal 2 jam.

c. Antisipasi Masalah Potensial

Pada kasus ini peneliti tidak menemukan adanya antisipasi masalah potensial.

d. Tindakan Segera

Peneliti tidak menuliskan kebutuhan terhadap tindakan segera atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, karena tidak terdapat adanya masalah yang membutuhkan tindakan segera.

e. Perencanaan Tindakan

Peneliti membuat perencanaan yang dibuat berdasarkan tindakan segera atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain diantaranya menganjurkan ibu untuk makan dan minum, menganjurkan ibu untuk mobilisasi dini dan istirahat yang cukup.

f. Pelaksanaan

Peneliti telah melakukan Pelaksanaan sesuai dengan rencana tindakan yang sudah dibuat. Pelaksanaan yang telah dilakukan meliputi: menganjurkan ibu untuk makan dan minum, istirahat yang cukup, dan mobilisasi dini.

g. Evaluasi

Hasil evaluasi yang didapatkan peneliti mengenai penjelasan dan anjuran yang diberikan bahwa ibu merasa senang dengan informasi diberikan dan mengikuti semua anjuran dan penjelasan yang peneli sampaikan.

Kunjungan 6 jam, ibu mengatakan perutnya masih terasa mules. Namun kondisi tersebut merupakan kondisi yang normal karena mules tersebut timbul akibat dari kontraksi uterus. Pemeriksaan 6 jam post partum tidak ditemukan adanya kelainan,

keadaan umum ibu baik, tensi 100/60 mmHg, nadi 78x/menit, pernafasan 19x/menit, suhu 37,2 °C, ASI sudah keluar, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, konsistensi keras sehingga tidak terjadi atonia uteri, darah yang keluar \pm 50 cc dan tidak ada tanda-tanda infeksi, ibu sudah mulai turun dari tempat tidur, sudah mau makan dan minum dengan menu, nasi, sayur, dan ikan dan sudah BAK sebanyak 1x, hal tersebut merupakan salah satu bentuk mobilisasi ibu nifas untuk mempercepat involusi uterus. Asuhan yang diberikan tentang personal Hygiene, nutrisi masa nifas, cara mencegah dan mendeteksi perdarahan masa nifas karena atonia uteri, istirahat yang cukup serta mengajarkan perlekatan bayi yang baik. memberikan ibu asam mefenamat 500 mg, amoxicilin 500 mg, tablet Fe dan vitamin A 200.000 unit selama masa nifas dan tablet vitamin A 200.000 unit sesuai teori yang dikemukakan oleh Ambarwati (2010) tentang perawatan lanjutan pada 6 jam postpartum.

Kunjungan hari Pertama Post Partum pada tanggal 17 Mei 2018. ibu mengatakan tidak ada keluhan yang ingin disampaikan, ibu menyampaikan ia sudah BAB dan BAK spontan serta senang merawat bayinya. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 82x/menit, pernafasan 22x/menit, suhu 36,8 °C, kontraksi uterus baik, tinggi fundus 2 jari bawah pusat, lochea rubra, warna merah. Hal ini sesuai dengan

yang dikemukakan oleh Anggraini (2010) dan Dian Sundawati (2011) bahwa pengeluaran lochea pada hari pertama sampai hari keempat adalah lochea rubra, berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa plasenta, lemak bayi dan lanugo. Asuhan yang diberikan kesehatan yang dilakukan pada hari pertama postpartum yaitu makan-makanan bergizi seimbang, istirahat yang cukup dan teratur, pemberian ASI eksklusif, tanda bahaya nifas. Memberikan ibu paracetamol 500mg, tablet Fe dan vitamin A 20.000 unit selama masa nifas dan tablet vitamin A 200.000 unit sesuai teori yang dikemukakan oleh Ambarwati (2010) tentang perawatan lanjutan pada postpartum. Pemberian terapi vitamin A 200.000 intra unit dan tablet besi telah sesuai menurut teori yang disampaikan Nugroho (2014) bahwa ibu nifas dianjurkan untuk memenuhi kebutuhan akan gizi diantara tablet besi sebanyak 40 tablet dan vitamin A 200.000 unit. Selain itu agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI-nya (Saifuddin, 2001).

Kunjungan Hari ke 7 Post Partum, pada tanggal 23 mei 2018. ibu mengatakan tidak ada keluhan. ASI yang keluar sudah banyak keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 100/70 mmHg, nadi: 88x/menit, pernafasan 19x/menit, suhu 36,9 °C, kontraksi uterus baik, tinggi fundus tidak teraba, lochea sanguinolenta, warna putih bercampur merah, kandung kemih kosong. Hal ini sesuai yang dikemukakan oleh Dian dan Yanti

(2011) bahwa pengeluaran lochea pada hari ketiga sampai hari ketujuh adalah lochea sanguinolenta, berwarna putih bercampur merah karena merupakan sisa lendir dan darah. Asuhan yang diberikan kesehatan yang dilakukan pada hari ketujuh postpartum yaitu merawat bayi, mencegah infeksi serta memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta perawatan payudara.

Kunjungan 28 minggu Post Partum, pada tanggal 13 Juni 2018 ibu mengatakan tidak ada keluhan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 82x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu 36,8°C, kontraksi uterus baik, TFU tidak teraba, sesuai yang dikatakan oleh Ambarwati (2010) bahwa pada hari > 14 pospartum tinggi fundus tidak teraba dan pengeluaran lochea alba dan tidak berbau, yang menurut teori mengatakan bahwa hari ke > 14 pengeluaran lochea alba berwarna putih. Hal ini berarti uterus berkontraksi dengan baik dan lochea dalam batas normal. Asuhan yang diberikan yaitukaji asupan nutrisi, pemberian ASI dan menjaga kehangatan bayi selain itu memberitahu ibu untuk terus menyusui bayinya karena dapat menjadi kontrasepsi yaitu kontrasepsi MAL untuk menunda kehamilan dan menganjurkan ibu untuk menggunakan salah satu alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan.

5. Keluarga Berencana

a. Pengakajian

1) Data Subjektif

Pada data subjektif didapatkan, ibu mengatakan tidak ada keluhan dan dengan suami sudah sepakat untuk menggunakan kontrasepsi suntikan 3 bulan, hal ini tidak sesuai dengan Siswisudarmo (2008) yang mengatakan bahwa ibu dengan grandemultipara dianjurkan untuk menggunakan kontrasepsi mantap (Kontap) seperti Tuberkтоми (MOW) dan Vasektomi (MOP) jika ibu masih ragu, disarankan untuk menggunakan IUD. Ibu mengatakan menggunakan kontrasepsi untuk membatasi jumlah anak hal ini sesuai dengan setiyaningrum (2016) bahwa keluarga berencana adalah suatu upaya manusia untuk mengatur secara sengaja kehamilan dalam keluarga.

2) Data objektif

Pada data objektif didapatkan, keadaan umum baik, Tanda-tanda vital : Tekanan darah :110/70 mmHg, Nadi: 82x/mnt, Suhu : 36,4°C, Pernapasan: 19x/mnt, keadaan ibu dalam batas normal

b. Analisa diagnosa dan masalah

Data yang sudah dikumpulkan diidentifikasi sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik yaitu P₅ A₀ AH₅ calon akseptor KB suntikan 3 bulan.

c. Antisipasi Masalah Potensial

Pada kasus ini peneliti tidak menemukan adanya antisipasi masalah potensial.

d. Tindakan Segera

Peneliti tidak menuliskan kebutuhan terhadap tindakan segera atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain, karena tidak terdapat adanya masalah yang membutuhkan tindakan segera.

e. Perencanaan Tindakan

Peneliti membuat perencanaan yang dibuat berdasarkan tindakan segera atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain diantaranya jelaskan kepada ibu metode khusus yang dipilih ibu yaitu alat kontrasepsi 3 bulan, memberikan pelayanan KB suntik sesuai standar prosedur tindakan penyuntikan, jadwalkan kunjungan ulang 3 bulan kemudian yaitu: 25-09-2018, hal ini sesuai dengan Setiyaningrum (2016) bahwa alat kontrasepsi suntik mengandung hormon progesteron yang diberikan setiap 3 bulan sekali atau 12 minggu sekali.

f. Pelaksanaan

Peneliti telah melakukan Pelaksanaan sesuai dengan rencana tindakan yang sudah dibuat. Pelaksanaan yang telah dilakukan meliputi: Menjelaskan kepada ibu metode khusus yang dipilih ibu yaitu alat kontrasepsi 3 bulan, Memberikan pelayanan KB suntik sesuai standar prosedur tindakan penyuntikan, Menjadwalkan

kunjungan ulang 3 bulan kemudian yaitu: 25-09-2018, hal ini sesuai dengan Setiyaningrum (2016) bahwa alat kontrasepsi suntik mengandung hormon progesteron yang diberikan setiap 3 bulan sekali atau 12 minggu sekali.

g. Evaluasi

Hasil evaluasi yang didapatkan peneliti mengenai penjelasan dan anjuran yang diberikan bahwa ibu merasa senang dengan informasi diberikan dan mengikuti semua anjuran dan penjelasan yang peneliti sampaikan.

BAB V

PENUTUP

A. Ringkasan

Secara garis besar asuhan kebidanan pada kasus ini dapat di ringkas sebagai berikut:

Asuhan kehamilan di lakukan asuhan sebanyak 5 kali di puskesmas penfui dan 2 kali di rumah sakit, masa kehamilan berjalan dengan normal dan keadaan ibu dan janin baik, berat badan ibu mengalami kenaikan yaitu dari 44 kg menjadi 60 kg dan Tinggi Fundus Uteri juga sesuai dengan usia kehamilan yaitu TFU 2 jari dibawah proesus xiphoideus (29 cm), pada usia kehamilan 37 minggu 4 hari dan diagnosa yang ditegakan selama masa kehamilan yaitu G₅P₄A₀AH₄ janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala, keadaan ibu dan janin baik dengan kehamilan resiko tinggi (KRT) sedangkan masalah kebidanan yang di alami selama masa kehamilan masih termasuk fisiologis yaitu sesak nafas setelah selesai makan, sering buang air kecil dan nyeri punggung.

Asuhan persalinan dengan diagnosa G₅P₄A₀AH₄, UK 40 minggu 1 hari, janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala I fase laten, dan persalinan terjadi di Rumah Sakit S.K Lerik Kupang, persalinan ditolong oleh peneliti dengan bimbingan

Bidan di Rumah Sakit S.K Lerik Kupang, persalinan tidak berjalan dengan normal karena terjadi fase laten yang lama tangani dengan drip oksitosin 5 IU, persalinan berlangsung selama 12 jam 13 menit yang terdiri dari kala I berlangsung selama 10 jam, kala II berlangsung selama 5 menit, kala III berlangsung selama 8 menit dan kala IV berlangsung selama 2 jam.

Asuhan pada ibu nifas berlangsung di rumah sakit selama 1 hari dan 3 kali kunjungan masa nifas dirumah dan diagnosa yang ditegakkan yaitu P₅A₀AH₅ post partum normal, sedangkan masalah kebidanan dalam masa nifa bersifat fisiologis seperti perutnya mules dan peneliti tidak menemukan komplikasi yang terjadi pada ibu.

Asuhan pada bayi baru lahir berlangsung 1 hari di Rumah sakit dan 3 kali di rumah, dan diagnosa yang ditegakkan yaitu neonatus cukup bulan-sesuai masa kehamilan dan pemantauan pada bayi baru lahir sampai bayi berumur 28 hari , tidak ditemukan kelainan yang terjadi pada bayi.

Asuhan pada keluarga berencana (KB), dilakukan dipuskesmas penfui, dan ibu sudah menjadi akseptor baru KB Suntikan 3 bulan.

B. Simpulan

Simpulan dari pelayanan kebidanan berkelanjutan adalah sebagai berikut :

1. Pengkajian telah dilakukan dengan mengumpulkan data-data fokus sebagai berikut:

Pengkajian pada masa kehamilan khususnya pada TM III di dapatkan ibu mengeluh sesak nafas setelah selesai makan, dan ibu sering buang air kecil dan berat badan ibu mengalami kenaikan yaitu dari 44 kg menjadi 60 kg dan Tinggi Fundus Uteri juga sesuai dengan usia kehamilan yaitu TFU 2 jari dibawah prosesus xiphoideus (29 cm), pada usia kehamilan 37 minggu 4 hari.

Pengkajian pada masa persalinan, ibu mengatakan sakit perut bagian bawah yang menjalar ke pinggang dan didapatkan hasil pemeriksaan sudah keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, pembukaan 1 cm, dan terjadi perpanjangan fase laten yaitu dari jam 01:00 wita sampai jam 09:00 wita, serviks membuka cuman 3 cm.

Pengkajian pada masa nifas didapatkan ibu mengeluh perutnya masih terasa mules pada 2 jam pertama *post partum*, namun selama masa nifas 42 hari tidak didapatkan kelainan lain.

Pengkajian pada bayi baru lahir, berat badan pada awal lahir: 3500 gram dan pada umur 28 hari naik menjadi 4500 gram , dan tidak ditemukan kelainan lain.

Pengkajian pada keluarga berencana (KB), ibu mengatakan akan menggunakan alat kontrasepsi implant tapi pada saat 6 bulan *post partum*, untuk sementara ibu ingin menggunakan alat kontrasepsi suntikan 3 bulan, dan dari hasil pemeriksaan ibu dalam keadaan normal dan dapat dilayani kontrasepsi suntikan 3 bulan.

2. Analisa masalah dan diagnosa

Pada masa kehamilan diagnosa yang ditegakan yaitu G₅P₄A₀AH₄, Usia Kehamilan 37 minggu 4 hari, janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala dan masalanya pada masa kehamilan adalah sesak nafas pada saat selesai makan dan sering kencing.

Pada masa persalinan diagnosa yang ditegakan yaitu G₅P₄A₀AH₄, Usia Kehamilan 40 minggu 1 hari, janin tunggal hidup intrauterin, presentasi kepala, inpartu kala 1, fase laten lama dan masalanya pada masa persalinan yaitu nyeri perut bagian bawah yang menjalar ke pinggang dan terjadi fase laten lama.

Pada masa nifas diagnosa yang ditegakan adalah P₅A₀AH₅ *post partum* normal dan masalah pada masa nifas yaitu perut mules pada 2 jam pertama *post partum*.

Pada bayi baru lahir ditegakan diagnosa adalah neonatus cukup bulan-sesuai masa kehamilan dan tidak didapatkan masalah pada bayi baru lahir.

Pada keluarga berencana (KB), di tegakkan diagnosanya adalah P₅A₀AH₅ Akseptor baru KB suntikan 3 bulan dan tidak ada masalah yang di dapati pada keluarga berencana (KB).

3. Antisipasi masalah potensial

Antisipasi masalah potensial pada masa kehamilan, masa nifas, bayi baru lahir, keluarga berencana (KB) tidak ada

Antisipasi masalah potensial pada masa persalinan yaitu terjadi bagi ibu yaitu ketuban pecah dini, sepsis puerperalis, ruptur uterus, cedera dasar panggul, oedema serviks, air ketuban bercampur dengan mekonium. Dan antisipasi masalah potensial bagi janin yaitu takikardi sampai bradikardi, asfiksia intrauterin, kaput suksidaneum.

4. Tindakan segera

Tindakan segera pada masa kehamilan, masa nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana(KB) tidak ada.

Tindakan segera pada masa persalinan dengan fase laten lama adalah kolaborasi dengan dokter dalam pemberian drip oksitosin untuk memperbaiki his yang tidak adekuat.

5. Perencanaan

Perencanaan yang diberikan pada masa kehamilan yaitu lebih di khususkan kepada kebetuhan ibu hamil Trimester III, seperti tanda-tanda bahaya kehamilan Trimester III , tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan.

Perencanaan yang diberikan pada masa persalinan yaitu, berikan asuhan sesuai kebutuhan ibu bersalin seperti anjurkan ibu untuk tidur miring kiri, tidak menahan kencing, melakukan pertolongan persalinan dengan 60 langkah APN

Perencanaan yang diberikan pada masa nifas yaitu jelaskan tanda bahaya masa nifas, pastikan involusi berjalan dengan normal, mengajarkan teknik menyusui yang benar.

Perencanaan yang diberikan pada bayi baru lahir yaitu jelaskan tanda bahaya bayi baru lahir, pemberian ASI Eksklusif, pencegahan hipotermi pada bayi.

Perencanaan yang diberikan pada keluarga berencana (KB) yaitu jelaskan kontrasepsi cocok untuk ibu, jelaskan semua alat kontrasepsi, jelaskan ibu metode khusus yang dipilih ibu.

6. Pelaksanaan

Pelaksanaan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada masa kehamilan yaitu menjelaskan tanda-tanda bahaya kehamilan Trimester III dan ibu dapat menyebutkan kembali tanda-tanda bahaya tersebut, menjelaskan tanda-tanda persalinan, ibu mengerti dengan dan sudah mengetahui tanda-tanda persalinan karena ini merupakan kehamilan kelimanya dan menjelaskan persiapan persalinan dan ibu sudah melakukan persiapan persalinan.

Pelaksanaan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada masa persalinan tapi tidak semua perencanaan di lakukan karena pada masa persalinan terjadi kala I lama dan sudah di tangani dengan drip oksitosin 5 IU (8 tetes per menit)

Pelaksanaan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada masa nifas yaitu menjelaskan tanda bahaya masa nifas dan ibu mengerti dan sudah mengetahui tanda bahaya masa nifas, involusi berjalan dengan normal dan juga ibu sudah mengerti teknik menyusui yang benar

Pelaksanaan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada bayi baru lahir yaitu bayi telah di layani salep mata, suntikan Vitamin K, dan imunisasi HBO dan ibu sudah mengetahui tanda bahaya bayi baru lahir, ibu juga masih menyusui bayi dan akan tetap memberikan ASI sampai 6 bulan.

Pelaksanaan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada keluarga berencana (KB) yaitu ibu telah mengerti tentang kontrasepsi cocok untuknya sesuai umur dan paritas tapi ibu dan suami lebih memilih suntikan 3 bulan karena ibu ingin menggunakan Kontrasepsi implant jika sudah 6 bulan post partum.

7. Evaluasi

- a. Asuhan kebidanan pada ibu hamil telah dilakukan, dan sekarang ibu dalam keadaan sehat.
- b. Asuhan kebidanan pada ibu bersalin telah dilakukan, dan sekarang ibu sudah melahirkan dengan lancar dan selamat
- c. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir telah dilakukan, dan sekarang bayi dalam keadaan sehat dan senang dalam merawat bayinya.
- d. Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir telah dilakukan, dan sekarang bayi dalam keadaan sehat.
- e. Asuhan kebidanan pada keluarga berencana (KB), telah dilakukan dan ibu sekarang sudah menjadi akseptor KB baru suntikan 3 bulan.

C. Saran

Sehubungan dengan simpulan di atas, maka penulis menyampaikan saran sebagai berikut:

1. Bagi pasien

Agar klien memiliki kesadaran untuk selalu memeriksakan keadaan kehamilannya secara teratur sehingga akan merasa lebih yakin dan nyaman karena mendapatkan gambaran tentang pentingnya pengawasan pada saat hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir dengan melakukan pemeriksaan rutin di pelayanan kesehatan dan mendapatkan asuhan secara berkelanjutan

dengan baik dan juga kontrasepsi yang cocok untuk ibu sesuai umur ibu dan paritas yaitu kontrasepsi jangka panjang seperti implant dan IUD jadi penulis mengharapkan untuk ibu menggunakan kontrasepsi jangka panjang.

2. Bagi Lahan Praktek

Informasi bagi pengembangan program kesehatan ibu hamil sampai nifas atau asuhan komprehensif agar lebih banyak lagi memberikan penyuluhan yang lebih sensitif kepada ibu hamil sampai kepada ibu nifas dan bayi baru lahir serta dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan agar dapat menerapkan setiap asuhan kebidanan sesuai dengan teori dari mulai kehamilan, persalinan, nifas dan BBL dan juga diharapkan dari pihak puskesmas lebih mendekati ibu hamil yang tidak melakukan pemeriksaan dengan rutin.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Studi kasus ini secara teoritis dapat menjadi acuan bagi peneliti dengan responden yang lebih besar sehingga dapat menjadi kontribusi bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu kebidanan yang berkaitan dengan asuhan kebidanan komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi.2008.*Asuhan Persalinan Normal*.Jakarta:Asuhan Esensial Persalinan
- Anggraini.2010.*Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*.Yogyakarta:Pustaka Rihama
- Ambarwati, Diah.2010. *Asuhan Kebidanan Nifas*.Yogyakarta: Nuha Medika
- Depkes RI.2013.*Riset Kesehatan Dasar Jakarta*: Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementrian
- Dinas Kesehatan Provinsi NTT.2013.*Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2013*. Dinas Kesehatan Provinsi NTT
- Dinas Kesehatan Kota Kupang.2015.*Profil Kesehatan Kota Kupang Tahun 2015*. Dinas Kesehatan Kota Kupang
- Dewi.2010.*Asuhan Neonatus Bayi dan Anak Balita*.Jakarta:Salemba Medika
- Hani, dkk.2010.*Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis*.Jakarta: Salemba Medika
- Indrayani.2011.*Buku Ajar Asuhan Kebidanan*.Jakarta: Trans Info Media
- Manuaba, 2010.*Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB*.Jakarta:EGC
- Marmi. 2012.*Intranatal Care Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*.Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Nugroho t,dkk.2014.*Buku Ajar Askeb I kehamilan*.Yogyakarta:Nuha Medika
- Prawirohardjo, 2010.*Ilmu Kebidanan*.Jakarta:Bina Pustaka Sarwono

- Rukiyah Dkk.2009.*Asuham Kebidanan I (Kehamilan)*.Jakarta:Trans Info Media
- Sulystiawaty, Ari.2010.*Asuhan Kebidanan Kehamilan*.Jakarta:Salemba Medika
- Sastrawinata, Sulaiman.1983.*Obstetri Fisiologi*. Bandung:EGC
- Saifuddin, Abdul Bari. 2001.*Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YBP-SP
- Saifuddin.2009.*Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*.Jakarta:EGC
- Sari E.K,Rimandini K D.2014.*Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas (Postnatal Care)*.Jakarta: CV TRANS INFO MEDIA
- Sudarty, Khoirunnisa Endang.2010.*Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, dan Balita*.Yogyakarta:Nuha Medika
- Sulistyawati Ari, Nugraheny Esti. 2013. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin*.Jakarta: Salemba Medika
- Sulystiawaty, Ari.2010.*Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Jakarta:Salemba Medika
- Yanti, Sundawati.2011.*Asuhan Kebidanan Masa Nifas*.Bandung: Ferika Aditama
- Walyani, Elisabeth Siwi.2015.*Asuha Kebidanan Pada Kehamilan*.Yogyakarta:Pustaka Barupess

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Calon Responden Studi Kasus Mahasiswi Jurusan Kebidanan

STIKes Citra Husada Mandiri Kupang

Di Tempat

Dengan Hormat,

Saya mahasiswi kebidanan STIKes CHM-Kupang jalur umum angkatan VIII mengadakan studi kasus pada Ny. M.S, umur 34 tahun, dengan asuhan berkelanjutan di puskesmas penfui.

Untuk maksud tersebut saya mohon kesedian ibu bersama keluarga untuk menjawab setiap pertanyaan yang saya ajukan dan bersedia saya dampingi dari kehamilan, persalinan sampai ibu menggunakan KB, Saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas ibu. Partisipasi ibu dalam menjawab pertanyaan sangat saya hargai, untuk itu atas partisipasi dan kerja samanya saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,



(Dewi Yuliani Edon)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Judul : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Grandemultipara Di Puskesmas Penfui Periode 28-04-2018 S/D 02-07-2018

Peneliti : Dewi Yuliani Edon

Bahwa saya diminta berperan serta dalam studi kasus yang nantinya akan menjawab pertanyaan yang diajukan oleh peneliti dan bersedia untuk didampingi oleh peneliti selama masa kehamilan, masa persalinan dan sampai saya menggunakan KB. Sebelumnya saya sudah diberi penjelasan mengenai maksud studi kasus ini dan saya mengerti bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan diri saya. Bila saya merasa tidak nyaman, saya berhak mengundurkan diri sebagai responden.

Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam studi kasus ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.

Kupang, 28-04-2018
Responden



(Ny.M.S)

LEMBAR OBSERVASI PERSALINAN KALA I FASE LATEN

Nama pasien: Ny. M.S

Tempat : Rumah Sakit S.K Lerik Kupang

Tanggal : 16-05-2018

JAM	TD	N	S	RR	DJJ	HIS	VT
00:50	100/70 mmHg	80x/ mnt	36,8 °C	23x/ mnt.	135x/ menit	2x10'~ 25-30 detik.	Jam: 01:00 : Vulva/vagina tidak ada kelainan, portio lunak, pembukaan 1 cm, KK +, posisi UUK kiri depan, tidak ada molase, kepala turun hodge I
01:50	--	--	--	--	136x/ menit	2x10'~ 25-30 detik.	--
02:50	--	--	--	--	135x/ menit	2x10'~ 25-30 detik.	--
03:50	--	--	--	--	136x/ menit	2x10'~ 25-30 detik.	--
04:50	--	--	--	--	134x/ menit	2x10'~ 25-30 detik.	--
05:00	100/60 mmHg	78x/ mnt	37 °C,	19x/ mnt	130x/ menit	2x10'~ 25-30 detik	Jam: 05:00 : Vulva/vagina tidak ada kelainan, portio lunak, pembukaan 2 cm, KK +, posisi UUK kiri depan, tidak ada molase, kepala turun hodge II
06:00	--	--	--	--	136x/ menit	2x10'~ 25-30 detik	--
07:00	--	--	--	--	138x/ menit	2x10'~ 25-30 detik	--
08:00	--	--	--	--	137x/ menit	2x10'~ 25-30 detik	--
09:00	110/60 mmHg	86x/ mnt	37,2 °C	23x/ mnt.	138x/ menit	2x10'~ 25-30 detik	Jam: 09:00 : Vulva/vagina tidak ada kelainan, portio lunak, pembukaan 3 cm, KK +, posisi UUK kiri depan, tidak ada molase, kepala turun hodge II-III

PARTOGRAF

No. Register
No. Puskesmas

Nama Ibu : M. Mangrolo Saka
Tanggal : 16-05-2018 Umur : 39 tahun G. 5 P. 9 A. 474

Ketuban Pecah Sejak jam : mules Sejak jam : 23.00 wita.

Denyut Jantung Janin

Air ketuban Penyusupan

Pembekuan serviks (cm) berfanda x
Jumlahnya lappas
berfanda o

Sentimeter (Cm)

WAKUPA BERTINDAK

Tanggal : 16-05-2018
Jam : 11.25 Wita
Pain : 6.500 gram
BB : 45 cm

Waktu (jam)

Kontraksi tiap 0 Menit

Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV

Nadi

Tekanan darah

Suhu °C

Protein Aseton Volume Urin

Hydrasi

CATATAN PERSALINAN

1 Tanggal: 16-05-2018
 2 Usia kehamilan: 40+1 minggu
 Prematur: ☐ Normal: ☒ Tindakan: ☐ Seksu: ☐
 3 Letak: Bujur ke depan
 4 Persalinan: Normal
 5 Nama bidan: Bid. Ate
 6 Tempat persalinan: ☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas ☐ Polindes ☐ Rumah Sakit ☐ Klinik Swasta Lainnya: ☐
 7 Alamat tempat persalinan: Jln. Timor Raya No. 124, Pasir, Pekanbaru
 8 Catatan: rujuk, kala I / II / III / IV
 9 Alasan merujuk: IBU/BAYI
 10 Tempai rujukan:
 11 Pendamping pada saat melahirkan: ☐ Suami ☐ Keluarga ☐ Bidan ☐ Lainnya: ☐

CATATAN KELAHIRAN BAYI

1 Jenis Kelamin: LK (PR)
 2 Saat lahir: jam 11.35 Hari: 16-05-2018
 3 Bayi lahir hidup: ☒ Lahir mati: ☐
 4 Penilaian: (fundal & ya & tidak)
 Bayi napas spontan teratur
 Gerakan aktif/tonus kuat
 Air ketuban jernih
 5 Asuhan bayi:
 ✓ Keringkan dan hangatkan
 ✓ Jali pusat heboh, tak diben apa, terbuka
 ✓ Urinasi Menyusul Dini < 1 jam
 ✓ Vit K 1.1 mg di paha kiri atas
 ✓ Salp mata/tetes mata
 6 Apakah Bayi di Resusitasi?
 YA ☐ TIDAK ☒
 Jika YA tindakan:
 Langkah awal menit
 Ventilasi selama menit
 Hasilnya: Berhasil / Dirujuk / Gagal
 7 Suntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan
 YA ☐ TIDAK ☒
 8 Kapan bayi mandi: 0-24 jam setelah lahir
 9 Berat Badan Bayi: 3.500 Gram

KALA I

1 Partograf melewati garis waspada Ya ☒ Tidak ☐
 2 Masalah lain: sebutkan
 3 Penatalaksanaan masalah tersebut
 4 Hasilnya

KALA II

1 Episiotomi:
☐ Ya, Indikasi ☒ Tidak
 2 Pendamping pada saat persalinan:
☐ Suami ☐ Bidan ☐ Lainnya: ☐
☐ Keluarga ☐ Kadet
 3 Gawat Janin:
☐ Ya, tindakan: ☐ Tidak
 4 Distosis bahu:
☐ Ya, tindakan: ☐ Tidak
 5 Masalah lain sebutkan
 6 Penatalaksanaan masalah tersebut
 7 Hasilnya

KALA III

1 Lama kala III: 8 menit
 2 manajemen Aktif kala III:
☒ Oksitosin 10 IU IM dalam waktu menit
 Peregangkan Tali Pusat Terkendali
 Masase Fundus Uteri
 3 Perawatan ulang Oksitosin 10 IU IM yang kedua?
☐ Ya, Alasan: ☐ Tidak
 4 Plasenta lahir lengkap (Intact)
☒ Ya ☐ Tidak
 Jika TIDAK, tindakan:
 5 Plasenta tidak lahir > 30 menit
 YA ☐ Tidak ☒
 6 Lacerasi:
 YA ☐ Tidak ☒
 Jika YA, dimana: ☐ derajat 1 2 3 4
 Tindakan: ☐ Healed
 7 Atonia Uteri
 YA ☐ Tidak ☒
 Jika YA tindakan:
 8 Jumlah perdarahan: 100 cc
 Gunakan catatan kasus untuk mencatat tindakan

PEMANTAUAN IBU : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua

WAKTU	TENSI	NADI	Suhu	FUNDUS UTERI	KONTRAKSI	PERDARAHAN	KANDUNG KEMIH
11.45	100/60	80 x/menit	37.2°C	2 in bahu pt	8.0/10	± 20 cc	Kosong
12.00	100/60	80 x/menit		2 in bahu pt	8.0/10	± 20 cc	Kosong
12.15	100/60	80 x/menit		2 in bahu pt	8.0/10	± 20 cc	Kosong
12.30	100/60	80 x/menit		2 in bahu pt	8.0/10	± 20 cc	Kosong
12.45	100/60	80 x/menit		2 in bahu pt	8.0/10	± 20 cc	Kosong
13.00	100/60	80 x/menit		2 in bahu pt	8.0/10	± 20 cc	Kosong

PEMANTAUAN BAYI : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua

WAKTU	PERAPASAN	Suhu	WIBAWA	GERAKAN	ISAPAN ASI	TALI PUSAT	KEJANG	BAB	BAK
11.45	AS	37.2°C	aktif	aktif	kuat	tidak terdapat	tidak	-	-
12.00	AS	37.2°C	aktif	aktif	kuat	tidak terdapat	tidak	-	-
12.15	AS	37.2°C	aktif	aktif	kuat	tidak terdapat	tidak	-	-
12.30	AS	37.2°C	aktif	aktif	kuat	tidak terdapat	tidak	-	-
12.45	AS	37.2°C	aktif	aktif	kuat	tidak terdapat	tidak	-	-
13.00	AS	37.2°C	aktif	aktif	kuat	tidak terdapat	tidak	-	-

Tanda Bahaya: ☐ Tidak

Tindakan (jelaskan tindakan yang dilakukan):

☐ Dirujuk ☒ Tidak dirujuk

Tanda tangan Penolong:

Dewi Eden



**PEMERINTAH KOTA KUPANG
DINAS KESEHATAN**

Jalan S.K.Lerik Kelapa Lima Telp. (0380) 825796 Fax. (0380) 825769
Website www.dinkes-kotakupang.web.id, Email. secretariat@dinkes-kotakupang.web.id

Nomor : 440.870/989/Dinkes/VIII/2018
Lampiran : -
Perihal : Ijin Pengambilan Data

Kupang, 08 Agustus 2018

Kepada
Yth. Kepala UPT Puskesmas Penfui
di -
Kupang

Menunjuk Surat dari Ketua STIKes CHM Kupang Nomor :
0066/PLT/STIKesCHMK/ADJ/M/VII/2018 tanggal 31 Juli 2018, Perihal Permohonan Ijin
Pengambilan Data atas nama : **Dewi Y. Edon** , NIM : 152111114
maka dengan ini disampaikan bahwa kami menyetujui kegiatan dari peneliti tersebut dan
diharapkan agar saudara dapat memberikan bantuan data dan kemudahan lainnya
sesuai dengan kepentingan yang bersangkutan berkaitan dengan judul penelitian
"Asuhan Kebidanan Komprehensif (COC)".

Demikian untuk maklum, dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

An. SEKRETARIS DINAS KESEHATAN
KOTA KUPANG
Kasubag Umum dan Kepegawaian


Yeni Aman, SH
Penata Tk.I

NIP. 19800206 200112 2 005

Tembusan, disampaikan dengan hormat kepada :
1. Ketua STIKes CHM Kupang di Kupang
2. Yang bersangkutan



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
Jl. MANAFE No. 17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSUL KTI

Nama Mahasiswi : Dewi Yuliani Edon
Nim : 152111114
Pembimbing I : Ummu Zakiah, SST., M.Keb

No.	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing I	Paraf
1.	19 SENIN, 3/18	Skema Penulisan Laporan		<i>[Signature]</i>
2.	15 SELASA, 05/2018	Revisi BAB I dan II		<i>[Signature]</i>
3.	RABU, 30/05/2018	Revisi BAB III dan IV		<i>[Signature]</i>
4.	JUMAT, 06/07/2018	Revisi BAB IV dan V	- Revisi Abstrak - Daftar pustaka	<i>[Signature]</i>
5.	SELASA, 17/07/2018	Revisi BAB IV dan V daftar pustaka	Revisi BAB IV dan V daftar pustaka	<i>[Signature]</i>
6.	Jumat, 20/07/2018	Revisi BAB V	Revisi BAB V	<i>[Signature]</i>
7.	SENIN 23/07/2018		<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN
Jl. MANAFE No. 17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSUL KTI

Nama Mahasiswi : Dewi Yuliani Edon

Nim : 152111114

Pembimbing II : Regina Frans, SST

No.	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing I	Paraf
1.	16/05/2018	BAB I - V	BAB I - V revisi	
2.	03/07/2018	-	Revisi BAB IV	
3.	07/07/2018	-	IV - V revisi	
4.	23/7/2018	III	IV - V revisi	
5.	25/7/2018	BAB I - V - IV - V	IV - V revisi	
6.	27/7/2018	BAB I - V - IV - V	Acc	



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
Jl. Manafe No. 17 Kota Baru Oebufu Kupang
Telp/faks. (62-0380) 8553961/8553590, Email: stikeschmk@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswi : Dewi Yuliani Edon

NIM : 152111114

Penguji : Appolonaris T. Berkanis, S.Kep, Ns.MH.Kes

No.	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf
	Kamis, 23/08/2018		
1.	Kamis, 23/08/2018	- Latar Belakang - Rumusan Masalah - Tujuan Khusus	
2.	Jumat. 24/08/2018	- Latar Belakang	
3.	Sabtu, 25/08/2018	- Sistematika Penulisan.	
4.		ACC	

LEMBAR KONSUL REVISI LAPORAN TUGAS AKHIR

[illegible]



Nama Mahasiswi : Dewi Yuliani Edon
NIM : 152111114
Pembimbing II : Regina Frans, SST

[illegible]